BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

IMPRIMERIE D'AD. ÉVERAT ET COMPe,
rue du Cadran, 14 et 16.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN DES DISPENSAIRES, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ; RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME SEIZIÈME.



PARIS,

CHEZ M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1839.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

COUP D'OEIL GÉNÉRAL SUR LA THÉRAPEUTIQUE ET NOS TRAVAUX.

Nous avons toujours un double but en jetant un coup d'œil rétrospectif sur les acquisitions de l'année écoulée. L'un, c'est de savoir où nous en sommes de nos richesses acquises; l'autre, et le plus important, c'est de stimuler par les conquêtes déjà faites notre juste ardeur de conquérir. Aucun nouveau système n'est sorti cette année de la foule; chaque praticien s'en est tenu à ses idées sans aspirer trop ouvertement à les faire prévaloir sur les idées d'autrui. Quant aux anciens systèmes, le physiologisme a disparu à tout jamais de la scène médicale; l'homœopathie, à qui ses adeptes avaient promis une si longue carrière, expire déjà entre les mains de ceux qui l'exploitent : parmi les médecins consciencieux qui s'étaient laissés séduire par ses apparences, peu lui sont restés fidèles, et ce qu'il en reste n'est vraiment pas à regretter, tant on doit supposer de crédulité, pour ne pas dire davantage, aux admirateurs désintéressés de la médecine globulaire; le numérisme seul continue encore de vivre sous le patronage de quelques médecins à qui il faut absolument un système, parce qu'un système se fait exclusivement avec une ou deux idées. Mais à part les inventeurs de cette singulière méthode thérapeutique, les vrais praticiens ne l'ont jamais adoptée. La bonne méthode d'observer a gagné le terrain que les vues théoriques voulaient lui ravir ou lui avaient fait perdre. Cette méthode consiste, nous l'avons dit plusieurs fois, à analyser toutes les circonstances des faits avant de rien conclure sur leur nature, et à procéder

par des expériences réitérées avant de proclamer l'efficacité d'une médication quelconque : c'est avec ces principes que nous avons abordé toutes les questions de fait ; c'est aussi d'après ces principes que nous avons jugé toutes les questions de doctrine.

Un point de haute thérapeutique a occupé et occupe encore les esprits, c'est la question des revaccinations. Il est bien difficile, jusqu'à présent, de prendre parti sur l'opportunité ou l'inutilité de cette mesure. Si au milieu du conflit des opinions émises pour ou contre les revaccinations, nous avons évité de nous prononcer, c'est qu'en vérité nous ne pouvons décider jusqu'ici de quel côté l'expérience semble pencher. La question de la dégénérescence du virus vaccin et de la nécessité des revaccinations a été soulevée depuis longtemps. MM. Tueffert, Brisset et Fiard se sont occupés particulièrement de ce point scientifique. Mais l'idée première de la vertu décroissante du vaccin leur appartient-elle, et ne devons-nous pas tirer de l'oubli le nom d'un médecin estimable du département des Pyrénées-Orientales, M. Berlan, qui signalait ce fait de la manière la plus formelle dès 1821, à propos d'une épidémie variolique qui régnait à Céret, et qui, dès cette époque, revaccinait lui-même ses trois enfants. M. Berlan a adressé à l'Académie, en 1824, sur la nécessité des revaccinations, une brochure de soixante-quatre pages, que nous avons sous les yeux. Sans continuer ici cette discussion, nous dirons seulement que la plupart des observations sont tombées d'accord sur les points suivants : que la vaccine ne préserve que pour un temps, que l'ancien virus a perdu de son activité; d'où suit d'un côté la nécessité de procéder à une nouvelle revaccination, et d'un autre côté, la nécessité de renouveler le virus par le cowpox récemment découvert. Toutefois, nous le répétons, les solutions précédentes ne sauraient être considérées comme définitives, et il est sage d'ajourner là-dessus toute opinion.

La question des fièvres a été agitée plusieurs fois au sein de l'Académie et dans les hôpitaux. Nous en avons fait aussi le texte de plusieurs articles, où nous avons reproduit impartialement les résultats les mieux constatés de l'observation clinique. Nous éloignant de l'idée que toutes les fièvres dérivaient d'une seule cause et étaient passibles d'un même traitement, nous les avons distinguées, les faits à la main, en autant d'espèces qu'elles offraient de caractères propres et de traitements différents. C'est ainsi que nous avons repoussé l'emploi des médications exclusives dans les fièvres dites typhoïdes, et que nous avons reconnu des cas où elles ne cédaient promptement et sûrement qu'à l'administration des émétiques, ou à l'usage des purgatifs, des toniques ou des antiphlogistiques.

Indépendamment des maladies qui attaquent l'ensemble du système, les maladies à lésions circonscrites et locales sont devenues aussi l'objet de nos recherches. Nous avons passé en revue les maladies des cavités encéphaliques, pectorales et abdominales, étudiant profondément les unes, glissant légèrement sur les autres, suivant qu'elles avaient besoin de plus ou moins de lumières, suivant qu'elles se présentaient plus ou moins souvent aux regards des observateurs. L'histoire des constitutions médicales et des maladies régnantes rentre directement dans notre domaine. Tous les praticiens conviennent de l'importance de cette étude, à laquelle se rattache la connaissance de la nature et du traitement des maladies les plus communes. Nous n'avons eu garde de négliger cette partie si intéressante de la pratique. Les premiers nous avons appelé l'attention sur les mouvements de ces constitutions, et nous avons indiqué l'aspect spécial offert par ces maladies, en montrant les changements ou les modifications que le traitement curatif devait subir d'après les indications de chacune.

Les maladies ne sont pas toujours les mêmes, quoiqu'elles soient désignées par les mêmes noms. Les âges, les sexes, les professions, les climats y introduisent des différences notables qui se réfléchissent sur les modes de traitement. Il importait de poursuivre ces différences. C'est dans cette vue que nous avons étudié à plusieurs reprises les maladies chez les enfants, soit sous un point de vue général, en cherchant à déterminer les conditions physiologiques propres à cet âge pour faire mieux ressortir les modifications pathologiques, soit sous un point de vue spécial, en analysant directement les caractères particuliers des maladies de l'enfance, ainsi que les meilleures méthodes de traitement. Les observations cliniques ont fourni surtout la matière des principaux sujets de ces réflexions. Ces observations ont été puisées alternativement dans les plus grands hôpitaux de la capitale et dans les hôpitaux de province où l'on peut passer en revue toutes les infirmités de notre espèce sous toutes leurs formes et dans toutes leurs variétés. Cependant nous ne nous sommes pas contenté des observations recueillies dans ces vastes établissements. Trop souvent la négligence et l'incurie ne permettent pas de suivre les malades qui composent la population des hôpitaux, comme on suit les malades dans les pratiques particulières sous les yeux des amis et des parents. Aussi quels que soient les avantages qui résultent de l'observation des hôpitaux où l'on voit tout en grand, on ne peut nier que, sous beaucoup de rapports, les observations faites sur ces théâtres ont besoin d'être vérifiées, contrôlées et rectifiées par les observations plus attentives, exécutées dans la pratique civile. Nous n'avons pas manqué de remplir cette lacune nécessaire,

en enregistrant dans nos colonnes les produits de l'observation des médecins praticiens les plus distingués, soit à Paris, soit dans les départements. Les médecins étrangers eux-mêmes, toutes les fois qu'ils nous ont fonrni matière à des observations dont il n'existait pas d'exemple en France, ont concouru à compléter et à perfectionuer les vues thérapeutiques développées dans notre journal.

Ce n'est pas assez de suivre pas à pas l'histoire clinique des maladies, de les déterminer et de les distinguer d'après les indications les plus essentielles ou les plus urgentes; il est encore indispensable de suivre parallèlement l'inflnence des méthodes curatives et les effets divers des moyens de remplir les indications. Ici se placent les recherches si utiles sur les avantages relatifs des agents thérapeutiques, soit qu'elles s'adressent à des agents déjà consacrés par un long usage, soit qu'elles s'appliquent à des moyens nouveaux ou à des agents nouvellement découverts. Il se passe peu d'années, et l'année qui vient de s'écouler en fournit de nombreuses preuves, où l'expérience toujours croissante des médecins qui se tiennent au courant du mouvement de la pratique médicale ne trouve à ajouter quelque chose aux observations faites, ou à perfectionner au moins les anciens procédés ou les anciennes méthodes. Par exemple, combien de médicaments dont on avait abandonné l'usage faute de le bien comprendre ont repris, dans la matière médicale, grâce au *Bulletin de thérapeutique*, le rang et l'importance que l'esprit de système leur avait fait perdre; en revanche, combien d'autres substances que des vues systématiques avaient prônées comme des espèces de panacées universelles, sans cesser d'être utiles dans les limites d'une bonne thérapeutique, ont été déchues de tous les vains titres qui les avaient mises en vogue! Nous ne serions ici embarrassé que du choix de nos preuves, nos lecteurs les connaissent assez. Pour les agents qui ont repris les droits qu'ils n'auraient jamais dû perdre, nous citerons entre autres les évacuants gastriques et surtout l'émétique, dont la fortune a été si changeante depuis qu'il a été acquis à la pratique. Qui ne se souvient du discrédit profond dans lequel l'avait fait tomber la médecine physiologique, et où l'avait laissé la manie plus récente d'attaquer toutes les maladies à leur début, soit par des saignées réitérées, soit exclusivement par des purgatifs? Nous appliquerons les mêmes réflexions à l'emploi des antispasmodiques, entièrement abandonnés pendant une quinzaine d'années par la terreur chimérique qu'inspirait la gastrite et la gastro-entérite, quoiqu'ils jouent un rôle si important dans une foule de maladies dont un état de spasme fait partie, ou, pour mieux dire, quoiqu'ils soient seuls capables de calmer les accidents spasmodiques qui

constituent le fond d'un grand nombre de maladies, ou qui s'ajoutent, à titre de complications ou d'épiphénomènes, à un plus grand nombre d'autres. Parmi les agents dépouillés à bon droit de la toute-puissance curative dont on les avait gratifiés si bénévolement, il faut citer les antiphlogistiques; en tête les saignées et les sangsues, et à leur suite la longue liste des boissons aqueuses, relâchantes et adoucissantes dont on inondait naguère tous les malades, pour aller au-devant d'une irritation prétendue qui n'existait souvent que dans l'esprit de certains médecins. Certes, les agents de cette espèce n'ont pas perdu et ne sauraient perdre l'action énergique qu'ils doivent à leur activité naturelle et à la présence d'une inflammation véritable : ce que nous avons contribué à détruire, c'est l'abus de leur usage, qui en a fait, on peut le dire, un fléau semblable à l'abus qu'on faisait de la méthode échauffante du temps de Sydenham.

Des médicaments redoutables écartés jadis de la pratique ordinaire, tels que les alcaloïdes végétaux, comme la vératrine, la strychnine, l'acide hydrocyanique, quelques cyanures, les préparations d'iode, sont devenus entre les mains de quelques médecins familiarisés avec l'usage de ces substances des moyens curatifs non-seulement innocents, mais extrêmement utiles. Il serait trop long de parler en détail de tous les remèdes particuliers essayés dans ces derniers temps et désormais acquis à la médecine pratique; on n'a qu'à consulter nos tables pour avoir l'indication de ces remèdes, apprendre les cas pathologiques où ils conviennent, et la manière de les employer au plus tôt au grand profit du malade.

La marche du *Bulletin de thérapeutique* est et continuera d'être toujours progressive et indépendante. Ce recueil ne sera ni moins riche, ni moins intéressant que par le passé pour les praticiens; car ce que nous avons fait jusqu'à présent, nous continuerons à le faire; nous resterons fidèle aux vues qui nous animent de concourir de toutes les manières à l'avancement de l'art et au soulagement de nos semblables.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES NÉVRALGIES INTERMITTENTES.

Quelques cas de névralgies d'une nature particulière se sont présentés, dans ces derniers temps, dans les hôpitaux de Paris. Ces cas, très-bien appréciés par les uns, fort mal jugés par les autres, sont dignes de l'attention des praticiens, tant sous le rapport de leurs caractères qui en imposent fort souvent aux observateurs trop préoccupés

de l'appareil symptomatique des états morbides, que sous le rapport de leur thérapeutique, fort différente de la méthode applicable dans la plupart des maladies du même nom. A ce double titre, quoique ces maladies n'entraînent pas généralement un danger prochain pour la vie, nous croyons faire une œuvre utile en nous appliquant à les déterminer par une analyse soigneuse, ne serait-ce que pour prémunir les médecins contre les suites autrement graves quand il s'agit de maladies plus dangereuses, d'une détermination pathologique incomplète et par cela même fausse. Commençons par dire un mot des caractères ordinaires des névralgies; nous en viendrons ensuite aux caractères spéciaux de celles qui ont régné il y a quelque temps.

Toutes les névralgies ont une affinité plus ou moins prochaine avec les fièvres intermittentes. Pour peu qu'on ait suivi des maladies de cette espèce, on aura été frappé de cette affinité remarquable. En effet, toutes ou presque toutes les névralgies commencent par un frissonnement général, caractère essentiel d'un état de spasme. Concurremment avec ce symptôme, le pouls est petit et irrégulier, la peau aride, les traits tirés, la face pâle et les urines aqueuses. Après que cet appareil symptomatique a duré plus ou moins long-temps, la névralgie éclate, affectant tantôt un filet de nerfs, tantôt une portion plus grande de l'arbre nerveux, par exemple, le nerf sciatique et ses ramifications innombrables. On connaît la douleur caractéristique de ces lésions, leur nature lancinante, leur explosion brusque, leurs interruptions alternatives, leur propagation exacte suivant le trajet d'un nerf ou à travers ses rameaux, et quelquefois jusqu'à ses dernières ramuscules. Pendant ces douleurs, le pouls se ranime, la peau s'échauffe, la face s'enflamme, les urines se colorent profondément; en un mot, une réaction notable s'opère. Enfin, au terme de ce second temps, en tout semblable au second temps d'une vraie fièvre d'accès, une sueur générale survient, et alors la névralgie s'apaise et disparaît. L'ensemble de ces phénomènes s'accomplit ordinairement en six, huit, dix ou dix-huit heures, ce qui complète la similitude des névralgies avec le groupe phénoménal particulier aux fièvres intermittentes.

Toutefois, les accès fébriles reparaissent à jour fixe et à la même heure, le lendemain ou deux ou trois jours après, suivant le type de la fièvre. Les névralgies, au contraire, s'en tiennent ordinairement à un seul accès, ou bien elles n'observent généralement aucun retour réglé, quoiqu'elles reviennent à diverses reprises, comme reviennent toutes les maladies dont on a conservé la disposition. Indépendamment de cette différence, les névralgies les plus communes exigent une méthode thérapeutique et des moyens curatifs dont les fièvres intermit-

tentes ne s'accommodent que par exception. Le quinquina n'en est pas le remède ordinaire. Loin de là, le quinquina y produit le plus souvent le même effet que les irritants, tandis qu'elles s'apaisent à l'aide des fomentations antispasmodiques, des substances éthérées et des préparations d'opium, sans parler des cas beaucoup plus rares où elles résistent opiniâtrément à tous les remèdes, excepté quand on peut la mettre en pratique à la section complète du nerf malade. Tels sont les caractères généraux des névralgies et leurs analogies apparentes avec les fièvres d'accès, bien que par leur nature elles s'en distinguent éminemment.

Il arrive néanmoins, et ces exemples ne sont pas rares pendant qu'il règne beaucoup de fièvres intermittentes, il arrive, disons-nous, que les névralgies s'associent complétement avec le génie périodique de ces fièvres. Dans les cas de cette espèce, aprèsque les douleurs névralgiques ont cessé, au bout de sept ou huit heures, elles renaissent spontanément sous divers types, le plus souvent sous le type double-tierce, et, ce qui ne laisse plus le moindre doute sur leur caractère véritable, elles s'exaspèrent par tous les moyens qui en faisaient justice dans les circonstances ordinaires, pour céder exclusivement à l'administration méthodique du quinquina. Sous cette forme particulière, qu'il faut bien distinguer de leur condition ordinaire, elles offrent moins une névralgie proprement dite qu'une des expressions nombreuses des fièvres d'accès.

Les fièvres d'accès névralgiques, dont nous avons eu occasion d'observer un certain nombre dans ces derniers temps parmi les malades des salles de clinique de la capitale, se présentent sous des aspects très-variables. Le plus souvent elles affectent un point particulier du système, assez souvent elles offrent l'apparence d'une hémicrânie; quelquefois aussi elles envahissent les nerfs de la vie organique, et se montrent ici avec les symptômes de la gastrite et de la dyssenterie, ailleurs avec les symptômes du rhumatisme, de la goutte ou des coliques néphrétiques. Il est extrêmement important de ne pas prendre le change sur la nature de ces sortes de névralgies, d'autant plus qu'elles sont très-cruelles, et que si on ne leur oppose pas la seule médication qui leur convienne, outre qu'elles résistent à tous les remèdes, elles peuvent décider des altérations locales redoutables, et la mort même. Dans notre conviction, beaucoup de points douloureux, qu'on qualifie d'irritation ou de phlogose, dérivent de cette cause, et ne sont, à les juger sainement, que des expressions méconnues d'une vraie fièvre intermittente. Parmi les faits de cette classe que nous pourrions citer en preuve de ces principes, nous en choisirons un seul,

très-saillant et très-complet, qui résumera la plupart des autres; nous l'empruntons aux salles de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Chomel.

Une couturière âgée de vingt-un ans, d'une constitution assez forte, était sujette, depuis plusieurs années, à des migraines périodiques tous les mois. Elles étaient liées au flux menstruel dont elles annonçaient l'approche. Indépendamment de ces migraines, elle a été prise dernièrement d'une douleur à la région sourcilière droite. Cette douleur aiguë, accompagnée d'élancements, dessinant exactement le trajet du nerf sourcilier, ne laissait aucun doute sur son caractère névralgique; la présence de cette douleur empêchait le sommeil; elle était opiniâtre, existant sans aucune complication appréciable. Lorsque la malade est entrée à l'hôpital, elle datait déjà de trois ou quatre jours. Le jour de son entrée on constata la cessation complète de cette douleur pendant plusieurs heures. Elle continua ainsi avec des alternatives de retours et d'intermissions pendant quatre jours. L'accès entier durait dix-huit heures et l'intermission six heures seulement. Au bout de quatre jours, M. Chomel fit prendre à la malade dix grains de sulfate de quinine. Dès le premier jour l'accès névralgique fut abrégé de sept heures; après une seconde dose administrée comme précédemment, l'accès ne reparut plus qu'à minuit et ne dura que pendant six heures. Le lendemain la même dose de sulfate de quinine abrégea encore la durée de l'accès et la réduisit à trois heures; une quatrième dose l'amoindrit pour la quatrième fois et ne le laissa durer qu'une heure et demie; enfin l'accès disparut complétement les jours suivants.

M. le professeur Chomel a disserté fort au long sur la nature, la marche et le traitement de cette maladie. Les réflexions de ce médecin ne nous paraissent pas conformes à l'expérience des plus grands médecins; elles nous semblent même, sur beaucoup de points, en contradiction avec les résultats ordinaires de l'observation. Par exemple, M. Chomel a refusé d'assimiler cette névralgie aux vraies fièvres intermittentes, parce qu'elle n'a pas présenté un type intermittent aussi tranché qu'on le voit dans les fièvres quotidiennes, tierces et quartes. Il pense d'ailleurs que le sulfate de quinine n'exerce une influence salutaire et une action manifeste que sur les fièvres à types bien dessinés; enfin il regarde comme dangereuse l'administration du sulfate de quinine à haute dose. Quelques remarques critiques ne seront pas inutiles pour rendre au fait que nous venons de rapporter la signification qui lui appartient. Il est rare que les maladies périodiques autres que les fièvres intermittentes manifestes s'astreignent à un type fixe, surtout au commencement. Le plus souvent les accès empiètent les uns sur les autres, se prolongent ou se raccourcissent, sans perdre pour cela le caractère

intermittent. Si l'on exige absolument une intermittence parfaite et une régularité rigoureuse soit dans le retour, soit dans la durée de l'intermittence, on doit renoncer à qualifier du titre d'intermittentes tout l'ordre des fièvres qu'on appelle subintrantes. La théorie à part, un fait prouve néanmoins que telle est la nature de ces maladies, et ce fait c'est qu'elles cèdent aux préparations de quinquina presque infailliblement. L'observation précédente n'est pas une exception à cette règle; c'est en effet par le sulfate de quinine et par le sulfate de quinine seulement que les accès se sont amendés et ont disparu définitivement.

C'est à tort qu'on restreindrait l'utilité du quinquina aux seuls cas où la fièvre intermittente se dessine sans équivoque. L'expérience montre en effet qu'il agit tous les jours avec succès contre les fièvres de la classe des remittentes, et qu'il est la seule ancre de salut dans les fièvres les plus graves, nous voulons parler des intermittentes pernicieuses dont le type est si peu net qu'elles ne laissent jamais le malade sans fièvre, se présentent presque toujours sous le type double tierce subintrant. S'il est certain que les préparations de cette écorce ne triomphent jamais mieux que lorsque les accès sont coupés par des intermittences longues et complètes, on ne peut nier cependant qu'elles ne réussissent le plus souvent, dans les cas où l'intermittence est à peine appréciable et même dans des cas où elle est nulle réellement.

La crainte de doses trop fortes de sulfate de quinine est chimérique, lorsque la nécessité du fébrifuge est établie sur des indications solides. Le seul danger de son usage consiste à l'administrer sans raison. Il y a plus, les affections périodiques que nous citions tout-à-l'heure, les fièvres intermittentes qui font périr les malades au bout de quelques jours et quelquefois au bout de quelques heures, réclament impérieusement, sous peine d'exposer les malades à toutes les chances des accès qui vont suivre, des doses extrêmement élevées de ce remède; c'est ainsi que pratiquaient Sydenham, Lind, Torti, Werloff, etc. Sous ce rapport les fièvres intermittentes masquées, et telles sont les névralgies périodiques dont nous venons de citer un exemple, ressemblent aux fièvres pernicieuses; elles exigent comme elles de fortes doses du fébrifuge. Quand on les ménage trop, on les détruit en détail, on les use; en d'autres termes, on les prolonge au lieu de les emporter d'un seul coup comme on le fait par le sulfate de quinine à haute dose.

Au surplus, le quinquina n'est pas le seul remède contre ces névralgies; il est quelquefois besoin d'en seconder l'effet par des médications diverses. Dans le fait précédent cet agent suffisait, puisqu'il n'existait concurremment aucune complication étrangère; dans des cas différents, si, par exemple, cette jeune fille avait offert une tendance à l'inflamma-

tion, ou si les voies gastriques avaient témoigné de la présence d'un élément gastrique, on aurait commencé par écarter ces symptômes additionnels avant d'employer le sulfate de quinine. Son indication bien établie, on le fait prendre avec les précautions usitées dans les vraies intermittentes. Pendant l'accès on exaspérerait le mal, sans agir peut-être sur l'accès suivant; le moment favorable, c'est celui de la cessation des douleurs, ou l'instant de leur rémission, lorsqu'il n'y a pas de véritable intermittence. On l'administre à la dose de quinze ou vingt grains au moins jusqu'à trente ou quarante; on partage cette dose en trois ou quatre portions inégales, et on fait prendre la plus forte à l'époque la plus éloignée de l'accès suivant, et ainsi des autres de trois en trois heures, si l'intervalle libre est assez grand, de manière à consommer la dose entière dans le temps de l'intermission. On diminue les doses dès que les accès sont amendés; mais on les continue assidûment à des doses de plus en plus faibles pendant plusieurs jours après leur complète disparition. On procède, en un mot, de la même manière que dans les fièvres intermittentes simples, avec la précaution particulière d'employer, toutes choses égales, de plus fortes doses du médicaments.

NOTE SUR L'EMPLOI DE LA SUIE DANS LE TRAITEMENT DES DARTRES ET DE LA TEIGNE.

Par le docteur J.-R. Marinus (1).

Il est peu de maladies contre lesquelles on ait essayé et successivement préconisé une aussi prodigieuse quantité de remèdes différents que les affections dartreuses. Un écrivain célèbre, dont les ouvrages sont restés longtemps classiques, l'auteur de la *Nosographie chirurgicale*, fait judicieusement observer qu'il ne faut pas juger par la multiplicité des remèdes des ressources de l'art dans le traitement des dartres: « C'est bien ici, dit-il, que la pauvreté naît du sein de l'abondance, et qu'on cherche en vain quelque moyen efficace au milieu de mille remèdes sans vertu.» Ce que M. Richerand dit à propos des dartres, on peut le

(1) M. Marinus est un des médecins les plus distingués de la Belgique; il est rédacteur en chef du *Bulletin médical belge*, et il dirige également *l'Encyclographie française des sciences médicales*, dans laquelle cette note a été publiée. Nous avons déjà donné dans le *Bulletin* plusieurs articles sur l'emploi thérapeutique de la suie, dans les dartres et les teignes, par M. B'aud, tome VI, page 163; dans les maladies des yeux, tome VI, page 194; dans les affections de la vessie, tome XII, page 505. *N. d. R.*

dire aussi de la teigne, autre affection de la peau qui résiste aux médications les plus rationnelles, aux méthodes les mieux combinées. Quel est le praticien qui n'a pas été frappé de cette vérité par les résultats des traitements variés auxquels il a recours?

Mon but n'est pas ici d'énumérer la longue liste des remèdes vantés et tombés tour à tour en discrédit; un pareil travail ne nous apprendrait rien, si ce n'est peut-être de conclure avec le professeur Richerand que tous ces essais ont été malheureux et que l'art cherche encore une méthode plus sûre. Je me propose seulement d'appeler l'attention de mes confrères sur un médicament (si toutefois je puis lui donner ce nom) tiré récemment de l'oubli, et dont M. le docteur Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, a obtenu les plus heureux résultats. Je veux parler de la *suie*, que ce praticien assure avoir employée avec un rare bonheur dans le traitement des dartres, de la teigne, des ulcérations, etc.

Il paraît que la suie était déjà en usage il y a environ cinquante ans; on la trouve indiquée dans plusieurs formulaires, et notamment dans la *Pharmacopée universelle* de Jourdan, qui en cite deux formules contre la teigne et les dartres, mais dont la composition diffère beaucoup de celles employées par M. Blaud. C'est dans la *Revue médicale* (cahiers de juin 1834 et janvier 1835), que ce dernier a consigné les faits pratiques qu'il a recueillis : dans son premier mémoire, il raconte comment il a été conduit à cette découverte par l'analogie qu'il a cru reconnaître entre la suie et la créosote, et dans le second il convient de l'erreur qu'il a involontairement commise en avançant que la suie avait été inusitée jusqu'à l'époque où il commença ses essais. Toujours est-il que c'est à lui que nous devons la meilleure manière d'appliquer cette substance comme topique dans les maladies où son emploi peut être avantageux.

J'avoue qu'à la lecture du travail de M. Blaud, j'eus quelque peine à croire aux succès qu'il proclamait, car je suis du nombre de ceux qui n'accueillent qu'avec réserve toutes ces innovations que l'on cherche chaque jour à introduire dans la thérapeutique. Toutefois je me promis d'expérimenter cette nouvelle médication et d'éclaircir ainsi mes doutes: l'occasion ne tarda pas à s'offrir; je venais d'être chargé du service chirurgical du quatrième arrondissement de bienfaisance de la ville de Bruxelles; les maladies cutanées, surtout les dartres, la teigne et la gale sont très-fréquentes parmi les pauvres, et les règlements prescrivent de traiter ces maladies à domicile. Le premier essai que je fis surpassa mes espérances; ce fut dans le cas suivant :

La nommée Marie Deghyns, indigente, âgée de trente-sept ans, est

atteinte depuis six mois d'une dartre squammeuse chronique, occupant les extrémités supérieures et le haut de la poitrine, contre laquelle on a employé, sans aucun succès, diverses médications, particulièrement les préparations sulfureuses, les bains, etc.; ces remèdes, loin d'apporter du soulagement, ont, au contraire, aggravé la maladie. Le 7 mai 1835, je prescrivis la pommade suivante :

Prenez : Suie de bois tamisée. . . . . , deux onces.
Axonge. . . . . deux onces.

Mêlez avec soin.

Pour appliquer en onctions sur les parties affectées, deux fois par jour (soir et matin), après avoir fait préalablement des lotions avec la décoction de suie dont voici la formule :

Prenez : suie tamisée. . . . . deux poignées.
Eau. . . . . une livre.

Faites bouillir pendant une demi-heure; passez avec expression.

Au bout de quelques jours de l'usage de ce moyen, les parties malades prirent un meilleur aspect, les écailles et les croûtes tombèrent, la vive démangeaison qui se faisait sentir auparavant disparut, et le 1er juin la guérison était parfaite. Pendant ce traitement, les bains de propreté ne furent point négligés, même encore quelque temps après la guérison. La peau, dans les endroits précédemment affectés, a repris sa souplesse et sa couleur naturelle (1).

Pendant que je recueillais l'observation dont je viens d'offrir le sommaire, j'expérimentais aussi la suie dans le traitement de la teigne.

L'enfant Guignot, âgé de deux ans, est atteint depuis sept à huit mois de teigne faveuse. Le cuir chevelu, le front, les tempes et la nuque sont recouverts de pustules croûteuses qui, à la tête, agglutinent les cheveux. Les croûtes sont sèches, fortement adhérentes à la peau, qui est rouge et comme excoriée si on les enlève; une odeur *sui generis*, nauséabonde, que les auteurs ont nommée *odeur de souris*, s'en exhale. Divers moyens ont été employés, mais infructueusement.

Je fis raser les cheveux; on appliqua pendant quelques jours des cataplasmes émollients, et quand l'irritation de la peau fut un peu calmée, je prescrivis les lotions et la pommade de suie, deux ou trois fois par jour, l'application du linge bien lessivé sur les parties affectées, et la plus grande propreté du corps. Six semaines plus tard, tout avait disparu et la guérison était complète.

(1) Cette femme fut de nouveau atteinte de la même maladie pendant l'hiver dernier; je prescrivis le même traitement, et elle était en voie de guérison lorsque je quittai le service des pauvres.

A la même époque, un garçon de neuf ans, atteint de teigne granulée, dut aussi sa guérison au même traitement.

Plusieurs autres succès que j'obtins encore dans des cas de dartre et de teigne vinrent confirmer l'excellence de la méthode de traitement recommandée par le docteur Blaud; j'invitai le Conseil général des hospices et secours de faire insérer au supplément du *Codicillus pharmaceuticus* pour le service médico-chirurgical des pauvres, les formules, aussi simples qu'économiques, de pommade et de décoction de suie, afin d'avoir à ma disposition un remède qui me réussissait si bien. Le Conseil, par une résolution en date 15 janvier 1836, s'empressa de faire droit à ma demande, et fit connaître mes essais à mes collègues et aux chefs du service de santé dans les hôpitaux. J'employai alors la suie en lotions et sous forme de pommade d'après la méthode de M. Blaud, dans tous les cas de dartre et de teigne qui se présentèrent, quelle que fût la forme ou variété de ces maladies. J'en fis aussi usage dans les ulcères cutanés de nature dartreuse ou psorique rebelles aux autres moyens, et presque toujours la guérison avait lieu, surtout lorsque j'étais secondé par les malades ou leurs parents en ce qui concerne les soins de propreté et le régime; deux choses très-difficiles à obtenir parmi les individus qui composent la classe indigente. J'avais soin de faire prendre aux malades, dans la plupart des cas, de temps à autre, un purgatif ou quelques grains de calomélas; je leur ordonnais aussi une boisson amère et dépurative, comme la décoction de douce-amère, l'infusion de fumeterre, etc., etc. Après l'usage plus ou moins prolongé de ce traitement, les parties malades prenaient un meilleur aspect, leur surface se nettoyait, et l'irritation chronique de la peau se calmait. Il en était de même des ulcérations cutanées, surtout lorsqu'elles ne s'étendaient pas au-delà du derme; la surface de l'ulcère prenait un aspect plus vif, les bords s'affaissaient, la sécrétion purulente devenait moindre, et la cicatrisation s'opérait insensiblement par la formation d'une pellicule croûteuse, qui laissait voir après sa chute un nouvel épiderme.

Je n'ai pas tenu note exacte du nombre des malades soumis à ce traitement, car il est impossible, dans un service aussi compliqué et aussi varié que celui des pauvres, dans une division qui comprend les quartiers les plus populeux, il est impossible, dis-je, de recueillir des observations bien précises, à moins de s'occuper exclusivement de ce service et d'abandonner sa clientelle. Quoi qu'il en soit, je n'exagère point en disant que, pendant l'espace de deux ans, plus de cent individus de tout âge et de tout sexe, atteints de dartres, de teignes, d'ulcères cutanés (psoriques et dartreux), ont été traités dans mon service;

les trois quarts d'entre eux au moins ont été guéris par la méthode de M. Blaud, les autres ont obtenu de l'amélioration ou sont restés dans le même état. Ces derniers ont été soumis à d'autres moyens, et sans plus de succès; de ce nombre, étaient encore ces affections dartreuses invétérées qu'il eût été dangereux de guérir, et pour lesquelles je ne prescrivais que des moyens palliatifs.

Ces faits sont bien propres, me paraît-il, à éveiller l'attention des praticiens sur un moyen simple, passé peut-être inaperçu, comme une foule d'autres que l'on signale chaque jour, mais dont l'expérience ne vient pas toujours justifier les brillants résultats qu'on s'en était promis. Il s'agit ici d'une substance que l'on trouve partout sous la main et dont l'application n'offre aucun danger.

« Il n'est pas, dit M. Bayle, de médicament utile dont les vertus n'aient été plusieurs fois alternativement oubliées et découvertes à des intervalles plus ou moins éloignés. » C'est là un fait bien des fois constaté; en effet, une découverte n'est pas plus tôt signalée en médecine, que des érudits, fouillant dans la poussière des bibliothèques, revendiquent la priorité en faveur d'auteurs vivant à une époque plus ou moins reculée. De là ces polémiques interminables et sans utilité pour la science. M. Blaud a été plus sincère : croyant avoir, le premier, reconnu les propriétés médicinales de la suie, qu'il recommanda comme succédanée de la créosote, il ne tarda pas à apprendre que longtemps avant lui cette substance avait déjà été employée dans les mêmes circonstances où elle lui avait réussi, et il fit part à ses confrères de son erreur. C'est là une justice qu'il faut lui rendre; nous devons aussi celle de dire que nous lui devons la connaissance d'un moyen tombé dans l'oubli et sur les vertus duquel on n'avait que des données incertaines. C'est aux médecins praticiens à tirer parti de ses essais.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR L'EFFICACITÉ DES PILULES DE M. BLAUD DANS LES AFFECTIONS CHLOROTIQUES.

L'emploi des ferrugineux a pris depuis quelques années une grande extension. Les indications de cette classe de médicaments ont été mieux établies, les cas pathologiques où ils conviennent, mieux déterminés. Mais ce qui a contribué autant, et plus peut-être, à la faveur des ferrugineux dans ces derniers temps, c'est l'efficacité incontestable des formes nouvelles sous lesquelles on a administré ces médicaments dans les anémies, la chlorose, les gastralgies, et certaines palpitations. Nous avons été des premiers à signaler les avantages des pilules de M. Blaud,

auxquelles, personnellement, nous avons dû les guérisons les plus remarquables. Plus récemment, fidèles à notre mission, qui est de suivre les progrès de l'art et de les solliciter même par l'expérimentation dont nous ouvrons la voie féconde aux praticiens de France, nous avons dû faire connaître la formule de la nouvelle préparation de M. Vallet et les faits sur lesquels il en appuyait l'efficacité, laissant aux résultats cliniques de nos confrères le droit de la juger en dernier ressort. Nous croyons les pilules de M. Vallet avantageuses, mais nous n'avons jamais eu la pensée de discréditer celles de M. le docteur Blaud, dont nous reconnaissons, au contraire, tous les services. Nous n'avons qu'une pensée, qu'un désir, c'est de répandre, autant qu'il est en nous, le vrai, le bon, l'utile; c'est dans cet esprit que nous portons à la connaissance de nos lecteurs les nouveaux faits rapportés par M. Blaud, en faveur de son traitement, dans un mémoire publié par la *Revue medicale*. Nous laissons parler ce médecin :

J'accorde à MM. les commissaires que mes pilules ne contiennent pas un atome de protoxyde de fer : mais faudrait-il conclure de l'absence de cet élément qu'elles sont inefficaces? Serait-ce sur des expériences chimiques que doit se fonder l'appréciation des vertus des médicaments? Non, sans doute; le but qu'on se propose dans l'emploi d'une substance médicamenteuse, préparée d'après une formule déterminée, est d'en obtenir certains résultats. C'est donc aux essais thérapeutiques, et non point aux expériences chimiques, qu'il faut avoir recours pour apprécier rigoureusement les propriétés médicales de la substance employée. Qu'importe aux praticiens que mes pilules ne contiennent que peu ou point de protoxyde de fer, pourvu que, par leur moyen, ils guérissent toutes les chloroses? Il ne s'agit donc point de discuter sur leur composition intime, mais uniquement sur leurs vertus. Or, ici, les faits thérapeutiques sont évidemment en désaccord avec la théorie chimique, et celle-ci doit plier sous leur autorité.

C'est pour mettre de nouveau leurs vertus en évidence que je publie les observations qui vont suivre. Elles démontreront que les propriétés des médicaments ne doivent point être appréciées par les altérations ou modifications spontanées qu'ils éprouvent après leur confection, mais seulement par leurs effets thérapeutiques.

Obs. I. — Catherine Chapelle, âgée de dix-neuf ans, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de juillet 1831, où elle fut atteinte d'une fièvre intermittente quotidienne, qui fut dissipée par le sulfate de quinine au sixième accès. Les menstrues, qui avaient paru pour la première fois à seize ans, se supprimèrent pendant les accès fébriles; ce qui n'empêcha pas la malade de se rétablir complétement.

2.

Quinze jours après, vomissements au milieu de la nuit, produits par une digestion pénible, et, dès le lendemain, le teint commença à se décolorer. Cette décoloration fit des progrès; les règles ne parurent plus; l'appétit se perdit; il survint une douleur vive et continuelle à l'épigastre, avec des variations d'intensité, une céphalalgie frontale, de la lassitude, de l'oppression dans la marche ascendante, avec des palpitations de cœur, une grande faiblesse, de l'obscurcissement dans la vue, des bruits d'oreille fatigants; le pouls, petit et faible, battait cent fois par minute; les selles étaient normales pour la consistance, mais rares, et le sommeil était fréquemment agité.

Ce fut le 11 octobre 1831 que la malade fut confiée à mes soins, et le même jour je la m's à l'usage de mes pilules. Le huitième jour du traitement, les principaux symptômes s'étaient dissipés; la coloration avait presque entièrement repris sa teinte naturelle. La guérison fut complète le quinzième jour.

Obs. II. — Honorine Sève, âgée de quinze ans, d'une grande fraîcheur et d'une santé parfaite, offrit, sur la fin du mois de juillet 1831, après une fatigue excessive et plusieurs nuits passées sans sommeil, une pâleur qui contrastait vivement avec sa coloration naturelle. On lui prescrivit du repos, un régime et je ne sais combien de médicaments : mais les symptômes furent toujours croissants; la face prit une teinte verdâtre; les menstrues ne parurent point à l'époque ordinaire, la faiblesse générale s'accrut; il survint de l'essoufflement et des palpitations de cœur pendant l'exercice de la fonction locomotive, et c'est dans cet état qu'elle vint réclamer mes soins le 18 octobre suivant. Le lendemain, mes pilules lui furent administrées; le 3 novembre, il restait à peine quelques traces de l'affection chlorotique; le 10, tous les symptômes avaient disparu.

Obs. III. — Le 31 octobre 1831, je fus consulté pour mademoiselle Amélie Desporcellets, qui, depuis quatre mois, était atteinte de chlorose. Cette jeune fille, âgée de quinze ans, réglée à treize, avait vu son teint se décolorer sans cause appréciable. La couleur de la face était d'un jaune verdâtre, la sclérotique ayant conservé sa blancheur naturelle; la muqueuse des lèvres était blanchâtre; le flux menstruel aqueux, ne laissant sur le linge que de petites taches d'un rouge pâle, entourées d'un cercle séreux et jaunâtre; il y avait de l'épigastralgie, une grande faiblesse musculaire, un sentiment profond de lassitude, des lipothymies, et peu ou point d'appétit. Le traitement par mes pilules fut commencé le 31 octobre; le 15 novembre, il y eut une amélioration telle que la malade en voulait suspendre l'usage. Elle était complétement guérie le 20.

Obs. IV. — Olympe Goubier, âgée de seize ans, fut réglée à quinze. Pendant quatre mois, les menstrues furent régulières. Dans l'hiver de 1830, les règles paraissaient tous les quinze jours, et leurs intervalles étaient remplis par une leucorrhée abondante. C'est alors que son teint se décolora, et que tous les autres symptômes de la chlorose se manifestèrent. Le 3 novembre 1831, elle était dans l'état suivant : pâleur, menstruation supprimée depuis quatre mois, faiblesse musculaire extrême, palpitations de cœur et essoufflement dans la marche, bruit dans les oreilles, anorexie, céphalalgie, vertiges, leucorrhée.

Le traitement anti-chlorotique fut commencé le 4 novembre; au milieu du mois, amélioration sensible; au commencement du mois suivant, guérison.

Obs. V. — Clémentine Charayel, âgée de vingt-quatre ans, régulièrement menstruée, éprouva, sur la fin du mois de décembre 1831, une épisgastralgie continuelle dont la fonction digestive n'augmentait pas l'intensité. Vers le milieu de janvier 1832, il s'y joignit une céphalalgie frontale, survenant dans la journée par accès irréguliers dans leur durée comme dans leur retour. Ce fut alors que les symptômes de la chlorose se manifestèrent : pâleur de la face avec une teinte verdâtre, teinte blanchâtre de la muqueuse linguale et labiale; pouls fréquent, petit, serré; palpitations de cœur pendant la locomotion; yeux ternes, cernés par un cercle bleuâtre; menstrues décolorées; l'épigastralgie avait cessé spontanément; il y avait de l'appétit, et la digestion s'exerçait d'une manière régulière. C'est dans cet état qu'elle se confia à mes soins le 4 février suivant. Je la mis à l'usage de mes pilules, et le douzième jour tous les symptômes avaient disparu.

Obs. VI. — Voici une chlorose remarquable à cause d'un épiphénomène sympathique qui simulait une lésion grave du cerveau.

Henriette Dussaud, âgée de dix-sept ans, réglée à seize, avait joui d'une santé parfaite jusqu'au mois d'août 1831, où, après avoir mis les pieds dans l'eau froide étant en sueur, elle fut prise d'une aphonie complète. Peu après, elle commença à se décolorer, à éprouver de la céphalalgie, avec des exacerbations irrégulières; néanmoins, il y avait de l'appétit; la digestion n'était point troublée, et la menstruation avait lieu aux époques ordinaires; seulement son produit avait perdu de sa coloration normale et s'offrait sous l'aspect d'un liquide séro-sanguinolent. A ces premiers symptômes se joignirent bientôt de la faiblesse musculaire, de l'oppression pendant la marche, et des palpitations de cœur. Cet état se prolongea jusqu'au 1er mars 1832, époque où, en sortant d'un bal, la nuit, étant en sueur et légèremen vêtue, elle éprouva l'impression d'un froid très-vif. Dès-lors, suppres-

sion des menstrues, dont l'écoulement était à son premier jour, augmentation des symptômes chlorotiques, céphalalgie atroce qui force la malade de s'aliter, et qui résiste aux saignées générales et locales. Le 15, je fus appelé en consultation, et je la trouvai dans l'état suivant : décoloration de la face et des lèvres; abattement extrême; sentiment de pesanteur dans toute la tête; céphalalgie qui, par intervalles, arrache à la malade des cris analogues à ceux que l'on a appelés *hydro-céphaliques*. Je conseillai le traitement anti-chlorotique. Le 20, plus d'élancements douloureux; seulement, céphalalgie sourde. Le 25, plus de céphalalgie; la face commence à se colorer. Le 30, la coloration est naturelle; la malade se lève et ne se plaint que de faiblesse et d'une sorte d'engourdissement dans le membre droit. Le 1er avril, les règles parurent, et tout rentra dans l'ordre accoutumé.

Obs. VII. — Louise Boissière, âgée de dix-huit ans, fut réglée à quinze. Huit jours après la première menstruation, hémoptysie qui dura de sept à huit jours et se dissipa spontanément pour ne plus reparaître. Cependant la santé demeura chancelante; les règles étaient irrégulières et rares, et ne paraissaient que deux ou trois fois par an. Cet état persista jusqu'à l'âge de dix-sept ans et demi. Alors elles prirent de la régularité, mais elles se décolorèrent; en même temps, la face pâlit, la malade devint morose, pleurait souvent et sans motif, avait un penchant irrésistible pour les odeurs fortes, et s'enfermait dans sa chambre pour respirer à son aise de l'eau-de-vie, du tabac, de la cire d'Espagne, du pain brûlé. L'appétit se perdit, il survint une gastralgie, des maux de tête irréguliers, une grande faiblesse musculaire, une chaleur brûlante dans la paume des mains. Tel était l'état de cette jeune fille le 8 mai 1832, six mois après le développement de la maladie, lorsqu'elle fut confiée à mes soins. Je lui administrai mes pilules, et, le 16 du mois, huitième jour du traitement, la morosité s'était dissipée, l'appétit s'était rétabli, le penchant désordonné pour les odeurs fortes avait cessé, et la face avait repris sa coloration normale, en même temps que tous les autres symptômes chlorotiques avaient disparu.

Obs. VII. — Geneviève Martin, âgée de seize ans, et non encore réglée, éprouvait depuis trois mois un sentiment de lassitude qui le faisait répugner à tout mouvement, une grande faiblesse musculaire, des palpitations de cœur, de l'oppression, un malaise général, une céphalalgie vive avec élancement dans les tempes, surtout à droite, des nausées par intervalles, et même des vomissements de matières muqueuses, et une décoloration chlorotique très-prononcée, lorsqu'elle vint réclamer mes soins, le 17 mai 1832. Le 26 du même mois, après

neuf jours de traitement par mes pilules anti-chlorotiques, elle se trouva complétement guérie.

Obs. IX. — Au commencement du mois de septembre 1834, me trouvant en Provence, au château de M. le marquis de G...., où il y avait une société nombreuse, j'y remarquai une jeune personne, âgée de dix-sept ans, dont les traits charmants étaient singulièrement dépa-rés par une pâleur extrême. Sa mère, avec qui je me permis de causer sur l'état de sa fille, me dit qu'elle était malade depuis bien longtemps; qu'elle dépérissait à vue d'œil, en proie à une sorte de marasme; qu'on lui avait administré sans succès une infinité de remèdes, et qu'elle n'a-vait plus d'espérance que dans l'air et la vie des champs. Ayant ensuite examiné la malade, je me convainquis qu'elle était atteinte d'une chlorose invétérée, compliquée d'une bronchite, qui sans doute avait trompé les médecins qui lui avaient donné des soins, et leur avait fait considérer la maladie comme une consomption pulmonaire. Fort de mon juste diagnostic, j'assurai à sa mère que son état n'était nullement alarmant, et je lui promis une guérison prompte. Le 10 septembre, elle commença l'usage de mes pilules; à la fin du mois, une teinte rosée avait remplacé la pâleur de la face, et tous les symptômes de la chlorose avaient disparu.

Nous avons pris au hasard ces neuf observations dans le mémoire de M. Blaud, qui n'en contient pas moins de cinquante; il prouve, par le résultat toujours avantageux de son traitement, que l'absence du protoxyde de fer dans ses pilules et sa conversion en peroxyde, bien loin de constituer une véritable altération, forment, au contraire, la condition essentielle de leur vertu. Je ne prétends pas dire pour cela, ajoute-t-il, que le protoxyde de fer est sans puissance contre la chlo-rose; mais, *les faits* et moi, nous soutenons que le peroxyde jouit d'une efficacité supérieure peut-être (c'est à l'expérience à le décider), ou du moins bien remarquable dans le traitement de cette affection.

Comme ma formule, dit en terminant M. Blaud, a été altérée, depuis sa publication, par les différents auteurs qui l'ont rapportée, je dois la rétablir ici dans toute son exactitude:

Prenez : gomme adragant en poudre. . six grains.
Eau . . . . un gros.

Faites macérer dans un mortier de verre ou de porcelaine jusqu'à formation d'un mucilage épais (1);

(1) Si l'on veut empêcher la formation du peroxyde de fer, et rendre les pi-lules analogues à celles de M. Vallet, on n'a qu'à remplacer ce mucilage par un gros de sucre pulvérisé.

Ajoutez ensuite :

Sulfate de fer en poudre. . . . demi-once.

Broyez exactement jusqu'à ce que le mélange soit bien homogène; ajoutez alors :

Sous-carbonate de potasse . . . demi-onces.

Broyez jusqu'à ce que la masse, qui devient bientôt d'un vert jaunâtre, passe au vert foncé, et prenne une consistance molle. Faites quarante-huit pilules égales. Cette dose suffit pour la guérison d'une chlorose ordinaire.

Par cette manipulation, la masse ne prend pas promptement de la consistance, comme le dit M. Bouchardat dans ses *Éléments de matière médicale et de pharmacie*, où ma formule est complétement défigurée; elle conserve, au contraire, pendant plusieurs jours, toute sa mollesse, et peut être convertie en pilules tôt ou tard, selon la volonté du préparateur.

L'indication de la dose de mes pilules a été aussi peu exacte que la description de leur confection. M. Bouchardat dit qu'on les donne depuis une jusqu'à trois par jour. Voici comment je les administre pour en obtenir tant de succès (1):

Le premier jour, une le matin à jeun. — Le deuxième, une dans l'après-midi. — Le troisième, une le soir au coucher. — Le quatrième et le cinquième, deux le matin en une dose. — Le sixième, deux le soir. — Le septième, deux le matin. — Le huitième, deux l'après-midi. — Le neuvième, deux le soir. — Le dixième et le onzième, trois le matin en une dose (ordinairement la guérison a lieu à cette époque). — Le douzième, trois le soir. — Le treizième jour et les suivants, jusqu'à la guérison, trois le matin, trois l'après-midi et trois le soir.

Dans les chloroses chroniques ou rebelles, je fais, après la guérison,

(1) La formule que M. Blaud a donnée lui-même, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, en 1832 (voyez tome II, p. 155), est la même, pour les proportions des deux sels, que celle qu'il publie aujourd'hui; mais il a indiqué à cette époque un mode d'emploi des pilules bien différent. Voici ce qu'il disait alors : « On doit prendre mes pilules ainsi qu'il suit : les trois premiers jours, une le matin, une seconde le soir; les trois jours suivants on en ajoute une troisième, qui est prise dans l'après-midi; les septième, huitième et neuvième jour, deux matin et soir; les dixième, onzième et douzième jour, deux le matin, deux l'après-midi, deux le soir, les trois jours suivants, trois matin et soir, et enfin neuf par jour jusqu'à parfaite guérison.» Cette variation tient sans doute à ce que l'expérience lui a appris que ses pilules devaient être données à moindre dose. Cependant cela mérite explication. *N. d. R.*

et pour éviter les rechutes, continuer l'usage de mes pilules, à doses décroissantes, ainsi qu'il suit :

Le premier jour, à dater de la guérison, trois pilules le matin. — Le deuxième et le troisième, trois le soir. — Le quatrième, deux le matin. — Le cinquième, deux l'après-midi. — Le sixième, deux le soir. — Le septième et le huitième, deux le matin. — Le neuvième, deux le soir. — Le dixième jour et les suivants, pendant dix à quinze jours, selon que la maladie a été plus ou moins rebelle, une le matin, une dans l'après-midi, et une le soir.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR LE RECTOCÈLE VAGINAL ET SUR SON TRAITEMENT.

Le rectocèle vaginal est une affection nouvelle, ou, pour mieux dire, nouvellement décrite, qui consiste dans un prolapsus de la partie antérieure du rectum à travers la vulve. Elle a reçu ce nom de M. Malgaigne, qui en a donné la description et tracé l'histoire complète dans un travail récemment publié parmi les Mémoires de l'Académie royale de médecine; c'est ce travail qui nous servira principalement de guide dans le cours de cet article.

Comment se fait-il d'abord que presque tous les écrivains, anciens ou modernes, aient passé cette affection sous silence? Sabatier seul en France en a dit quelques mots dans son mémoire sur les déplacements de la matrice et du vagin, inséré dans le 3ᵉ volume des Mémoires de l'Académie royale de chirurgie; et, chose assez singulière, il a traité depuis des prolapsus utérins et vaginaux dans sa médecine opératoire, sans rappeler ce qu'il avait dit de ce prolapsus spécial. Clarke en Angleterre, Monteggia en Italie, en font aussi mention en passant, et en le confondant avec la chute propre du vagin; nul autre avant ni après eux n'en a parlé; et la meilleure preuve de l'obscurité dans laquelle on l'avait laissé, c'est qu'il n'avait pas même reçu de nom.

S'agit-il donc ici d'une de ces maladies rares qui ne se rencontrent qu'au hasard et de loin à loin, même dans une pratique très-étendue? En aucune manière; M. Malgaigne, en se fondant sur une masse de quatre-vingts cas par lui observés de divers prolapsus des organes génitaux de la femme, établit que le rectocèle vaginal, simple ou compliqué, est plus commun que les chutes de matrice; beaucoup plus

commun surtout que le simple prolapsus du vagin; le cystocèle vaginal seul lui a paru plus fréquent.

Est-ce au moins une lésion légère, et que les femmes portent pour ainsi dire sans s'en apercevoir? Loin de là; dans les cas les plus légers, les malades ont encore besoin d'un pessaire qui soutienne la tumeur; dans les cas graves elle exerce sur la digestion une influence qui se manifeste par les phénomènes les plus fâcheux.

Il est probable que cette maladie est restée inconnue par les deux causes suivantes : premièrement, parce que les malades affectés d'un prolapsus quelconque s'imaginent avoir affaire plutôt à un bandagiste qu'à un chirurgien; deuxièmement, parce que les chirurgiens eux-mêmes, lorsqu'on est venu les consulter, se sont bornés à un examen superficiel, et ont confondu ce prolapsus avec d'autres déplacements; M. Malgaigne en cite plusieurs exemples, auxquels nous en ajouterons quelques-uns qui lui ont échappé.

Les causes du rectocèle vaginal ne sont pas nettement connues, du moins pour les causes prochaines ou efficientes. M. Malgaigne a recherché l'influence de l'âge; sur treize femmes chez lesquelles il a exactement noté l'époque de l'apparition du rectocèle, il y en avait :

De 22 à 30 ans.	4
De 31 à 40.	4
De 41 à 50.	4
De 53.	1

D'où il semble qu'on pourrait déduire que le rectocèle a lieu de préférence dans l'âge adulte des femmes; et que la constipation plus prononcée dans la vieillesse a sur sa production moins d'influence qu'on ne croirait.

Toutes les malades soumises à l'observation de l'habile chirurgien dont nous exposons ici les recherches avaient eu des enfants avant leur accident, à l'exception d'une seule qui eut son rectocèle par suite d'une chute faite au sixième mois de sa première grossesse. Sur douze autres observations où ce point d'étiologie a été noté, on trouve que

3 femmes avaient eu	1 enfant.
2	2 enfants.
2	3
2	4
1	6
1	7
1	10

Enfin une autre, qui n'a pu préciser l'âge auquel le prolapsus lui

était arrivé, avait eu dix-sept enfans, dont neuf en trois couches, et avait gagné un cystocèle et un rectocèle durant sa dernière couche.

Voilà pour les causes prédisposantes; quant aux causes prochaines, elles se trouvaient ainsi réparties sur les malades.

4 n'étaient point enceintes; le rectocèle était survenu par l'effet d'une hute, d'un coup, ou de quelque effort;

3 étaient grosses de six à neuf mois; dans deux de ces cas le rectocèle était venu sans autre cause apparente que la grossesse;

6 l'avaient eu à la suite de couches;

1 à la suite d'un avortement.

Ainsi donc, quelquefois le rectocèle survient brusquement, à l'occasion d'une violence subite; d'autres fois, la cause et la date précise de son apparition demeurent ignorées; il survient peu à peu, par l'influence lente et prolongée de la grossesse, ou dans les suites de couches. Cette étiologie n'est pas différente au fond de celle des hernies abdominales qui, elles aussi, surviennent tantôt lentement, tantôt brusquement; nous verrons bientôt que le rectocèle se rapproche également des hernies par les symptômes qu'il détermine.

Le rectocèle se manifeste au-dehors par une tumeur arrondie, faisant saillie à travers la vulve, tantôt lisse, tantôt offrant à sa surface les plis de la muqueuse vaginale, suivant la grosseur qu'elle atteint; relativement à son volume, tantôt c'est un simple pli qui dépasse à peine l'orifice du vagin, tantôt se prononçant fortement au dehors, écartant et dépassant les grandes lèvres, et arrivant jusqu'à la grosseur d'un œuf de poule et même du poing. Elle sort et se gonfle davantage durant les efforts, et diminue après l'effort passé, absolument comme une tumeur herniaire.

Jusque-là rien n'est encore caractéristique; une tumeur à peu près pareille peut être produite par un prolapsus de la muqueuse vaginale, par un abcès développé derrière cette muqueuse; par une hernie intestinale qui aurait glissé entre le vagin et le rectum; ou bien enfin par un de ces kystes du vagin signalés par MM. Lisfranc, Bérard et Malgaigne. Plusieurs des femmes observées par ce dernier avaient vu des médecins ou des bandagistes qui avaient diagnostiqué une chute de matrice; mais alors l'erreur est si grossière qu'à peine est-il nécessaire d'en mentionner la possibilité; en effet, la tumeur du rectocèle est indépendante de la saillie du col utérin qu'on trouve plus haut et plus en avant. Le prolapsus de la partie postérieure de la muqueuse vaginale induirait plus facilement en erreur. Nous n'omettrons pas, à cette occasion, une remarque importante de M. Malgaigne. C'est que le prolapsus du vagin est une affection des plus rares; il n'en a rencontré jusqu'à présent que

trois cas; dans ces trois cas, la saillie de la muqueuse vaginale était bornée à la portion postérieure et inférieure de cette muqueuse, et ne s'étendait point sur les côtés, bien moins encore en avant. Cette saillie était fort petite dans les deux premiers cas, et dans le troisième elle ne dépassait pas le volume d'une petite noix. Faut il donc rejeter comme une pure hypothèse cette description classique du prolapsus du vagin, suivant laquelle la saillie serait circulaire et la descente comprendrait toute la circonférence du canal? M. Malgaigne n'a trouvé qu'un seul exemple de ce prolapsus circulaire; il avait eu lieu durant le travail; mais d'après la description de Mauriceau, à qui ce fait est dû, il y avait à la fois descente du vagin et de la matrice; et ce ne serait pas en conséquence un exemple réel de prolapsus simple du vagin.

Quoi qu'il en soit, à s'en rapporter aux trois faits observés par M. Malgaigne, il y aurait tout au moins un prolapsus spécial de la muqueuse vaginale en arrière, simulant exactement à la vue le rectocèle vaginal, hormis peut-être qu'il n'atteint pas à un aussi gros volume; mais ce caractère serait insuffisant pour le diagnostic différentiel. Un moyen très simple et vraiment pathognomonique ne laissera aucun doute sur ce diagnostic. Portez le doigt indicateur dans le rectum; si vous sentez la paroi antérieure du rectum en place, et éloignée de la tumeur vaginale, il n'y a pas de rectocèle; si le doigt recourbé en crochet constate que la muqueuse rectale plonge au fond de cette tumeur, si ce doigt arrive ainsi à deux ou trois lignes de la surface de la tumeur, évidemment le rectum en fait partie, et le rectocèle est reconnu.

L'introduction du doigt dans le rectum, voilà donc le criterium du diagnostic différentiel de ces diverses tumeurs; car il sert aussi bien à distinguer le rectocèle des abcès, des kystes du vagin et des hernies intestinales qui descendent entre le rectum et le vagin, et que Sir A. Cooper a nommées *hernies vaginales*.

Nous nous arrêterons un moment sur le diagnostic précis de ces dernières tumeurs, afin de montrer qu'il reçoit une nouvelle clarté de l'introduction du doigt dans le rectum conseillé par M. Malgaigne pour son rectocèle vaginal. Sir A. Cooper, qui ne parle point de celui-ci, a consacré un chapitre spécial aux autres; il y rapporte un fait qui lui appartient, et deux autres faits qui lui ont été communiqués par M. Sims. Le premier regarde une femme de vingt ans, n'ayant jamais eu d'enfants, et qui portait à la partie postérieure du vagin, toutefois un peu à gauche, une tumeur dont le volume égalait celui d'une petite bille de billard. Une compression modérée la faisait rentrer facilement; elle ressortait au moindre effort. Elle empêchait la malade de se livrer à de fortes occupations, et lui occasionnait alors une sensation de chute

intérieure, de déplacement en bas, comme si quelque chose allait crever à travers la partie.

Qu'est-ce que c'était que cette tumeur? Sir A. Cooper la qualifie de hernie vaginale; et pourquoi? « Ayant porté, dit-il, les doigts dans le vagin au-dessus du siége de la tumeur et près de l'orifice utérin, j'exerçai une pression sur le vagin vers le rectum, je prescrivis à la malade de tousser, et la tumeur ne se reproduisit pas. » Mais la même chose arrive dans le rectocèle vaginal; en effet, en pressant de bas en haut sur la paroi postérieure du vagin, on tend cette paroi comme un mur qui empêche le rectum de la refouler et de faire saillie. Sir A. Cooper a-t-il eu affaire à un rectocèle ou à une véritable hernie vaginale? On peut conjecturer, d'après l'âge de la malade, l'absence de toute grossesse antérieure ou présente, et le siége un peu latéral de la tumeur, qu'il s'agissait plutôt d'une hernie; mais évidemment il n'est pas permis de l'affirmer.

Les deux observations de M. Sims sont bien plus douteuses encore. Une femme de trente ans portait une tumeur à la partie postérieure du vagin; le diagnostic était resté douteux pour plusieurs médecins, le docteur Sims parvint à reconnaître que la tumeur contenait des matières fécales solides. Il fit donner un lavement, à la suite duquel la tumeur devint plus molle et céda à une légère pression. Dans la dernière observation, il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, portant une tumeur semblable, pour laquelle elle fut obligée de porter un pessaire en forme de globe; il n'y a pas d'autres renseignements qui aient trait au diagnostic.

Il est trop évident que le titre de *hernies vaginales*, donné par Sir A. Cooper à de pareilles observations, est aujourd'hui plus qu'aventuré. Le rectocèle peut aussi contenir des matières fécales, bien que la chose soit rare; il détermine le même sentiment de faiblesse et de pesanteur; et, pour dire toute notre pensée, de même que nous avons regardé comme probable que la première malade avait une hernie vaginale réelle, il nous paraît également probable que les deux sujets de M. Sims n'avaient que des rectocèles; ce que pourtant, faute de renseignements suffisants, personne ne pourrait affirmer.

Cette digression n'est pas sans importance; elle rejette dans le doute une bonne partie de l'histoire des hernies vaginales; elle avertit le praticien du risque d'une méprise; et si le diagnostic a pu jamais être évalué à la moitié de l'art, c'est surtout pour les déplacements de tout genre dont la diversité influe tant sur la pratique.

Enfin il y a une autre possibilité d'erreur pour les médecins qui ne se frappent que des phénomènes généraux, sans remonter à la cause lo-

cale; nous en citerons tout à l'heure un remarquable exemple; et ceci nous conduit à tracer l'histoire des symptômes produits par le rectocèle vaginal.

Nous n'insisterons pas sur la faiblesse, la pesanteur, le sentiment de descente, qui est commun au rectocèle et à toutes les hernies; chez une femme qui portait un rectocèle simple du volume du poing, à ces premiers phénomènes se joignaient des douleurs dans les reins. Mais le symptôme le plus important est la constipation. Les malades faisant effort pour aller à la selle, la tumeur se gonfle, devient dure, se remplit de matières fécales, tandis que l'anus est comme resserré par une contraction spasmodique et empêche les matières de sortir. Soit à raison de cette irritation, soit par toute autre cause, bientôt la constipation devient essentielle, et le besoin d'aller à la selle ne se fait sentir que quand il y a du trop plein.

Cette constipation n'est pas toujours en rapport avec le volume de la tumeur. Une femme portait avec un cystocèle assez gros, un rectocèle borné pour ainsi dire à un simple pli de la paroi recto-vaginale. Or, avant l'apparition du rectocèle, elle allait librement à la selle, tous les jours ou au moins tous les deux jours; aussitôt après la constipation commença. Il lui fallut d'abord des lavements dont elle dut augmenter le nombre en même temps qu'ils devenaient moins efficaces. « Aujourd'hui, dit l'auteur, quoiqu'elle en prenne trois à quatre chaque fois que le besoin de la défécation se fait sentir, elle reste quelquefois huit jours sans aller à la selle. Lorsque la constipation dure autant, elle éprouve des étouffements, des sueurs comme si elle était dans un feu; quand enfin l'évacuation se fait, elle rend des crottins durs et ronds comme des noix, qui écorchent l'anus en passant; et elle ajoute cette circonstance remarquable, *qu'ils sont blancs comme s'ils étaient enveloppés d'une toile blanche.* Du reste, l'appétit a beaucoup perdu, les digestions sont difficiles, et depuis sept ans qu'elle a perdu ses règles, elle est sujette à des frissons qui reviennent fréquemment.»

Quelques femmes échappent à cette fâcheuse conséquence de leur affection. M. Malgaigne en a vu deux dont l'une allait tous les jours à la selle, sans douleur; la seconde n'avait besoin que de soutenir avec la main et de refouler sa tumeur. D'autres vont à la selle à l'aide d'un seul lavement; mais ces cas sont les plus rares, et la constipation est le phénomène le plus général. C'est à cette constipation que se rallient la plupart des symptômes secondaires.

Chez la plupart des malades, la dureté des excréments est telle qu'ils écorchent l'anus, ce qui augmente encore la constriction du sphincter; chez plusieurs, les efforts de défécation amènent les hémorrhoïdes, le

renversement de la muqueuse du rectum, qui complique le rectocèle sans le diminuer, et enfin un écoulement de sang. Mais c'est la digestion surtout qui souffre le plus; bientôt suivent des coliques et des tiraillements d'estomac; l'inappétence, la mauvaise digestion, une altération dans la nutrition qui devient tous les jours plus alarmante; et enfin quelquefois des crises nerveuses et une fièvre d'accès rebelle viennent compléter le tableau. Heureuse la malade, si quelque médecin inattentif, pensant n'avoir à combattre qu'une constipation essentielle, n'achève pas de détruire la constitution par des purgatifs violents et fréquemment réitérés!

L'anatomie pathologique n'apporte guère plus de lumières sur la nature de la maladie que l'observation sur le vivant; dans un cas unique d'autopsie, on constata une poche formée par la dilatation de la cloison recto-vaginale; les parois de la poche étaient aussi épaisses que le reste de la cloison. Ce n'est donc pas le rectum tout entier qui se projette à travers la vulve, mais seulement sa paroi antérieure qui se dilate; et, suivant l'expression de M. Malgaigne, c'est une sorte d'anévrysme du rectum.

Le rectocèle n'existe pas toujours à l'état simple; il peut se joindre à d'autres prolapsus, et, chose remarquable, bien plus fréquemment avec le cystocèle qu'avec la chute de l'utérus. Dans la plupart des cas l'utérus demeure à sa place. Voici d'ailleurs, sur un total de seize observations écrites, la proportion de ces complications:

Rectocèles simples.	5
Rectocèles avec cystocèle	7
Rectocèles avec chute de l'utérus. . . .	1
Rectocèles avec chute de l'utérus et cystocèle.	3

Le rectocèle peut-il disparaître spontanément? M. Malgaigne en a vu un cas unique. Une femme de trente ans eut un rectocèle du volume du poing à la suite d'une fausse couche; il s'accompagnait d'une constipation qui durait depuis cinq jours; et toutefois la tumeur ne contenait aucune matière. On donna quelques lavements; des selles eurent lieu; dès le lendemain la tumeur avait disparu, et près d'un mois après un examen attentif n'en fit pas reconnaître la moindre trace.

Cette guérison spontanée est bien remarquable, surtout à raison du gros volume de la tumeur, et il serait difficile de l'expliquer. Notons seulement que le rectocèle était tout récent, et que quand il a duré quelque temps, il ne paraît plus susceptible de disparaître.

Est-il possible au moins d'en procurer la cure radicale? M. Malgaigne pense que si l'on avait à tenter quelque opération, il faudrait commencer par enlever une portion des tuniques élargies du rectum, de manière

à rendre à cet intestin à peu près son calibre; alors l'ablation partielle de la muqueuse vaginale et l'adossement des deux cicatrices suffiraient probablement pour empêcher la récidive. Mais la cure palliative lui paraît, comme à nous, plus certaine et moins dangereuse; peu de mots suffiront pour l'exposer.

L'indication est de contenir la tumeur; on peut y parvenir de deux manières; en tendant la paroi recto-vaginale à l'aide d'un pessaire approprié, ou bien en agissant uniquement sur la tumeur. Les bandagistes qui traitent de pareils prolapsus appliquent le pessaire en gimblette de forme ronde ou ovale; et dans quelques cas les femmes se sentent réellement soulagées, bien que jamais d'une manière complète; le plus ordinairement, ces pessaires ne produisent rien. Cela se conçoit; le pessaire refoulé par la matrice dans les efforts cesse de tenir la paroi recto-vaginale tendue, et la tumeur reparaît. M. Malgaigne a donc cherché à remplir l'indication par le deuxième procédé; il a fait fabriquer pour cet objet un pessaire en caoutchouc en forme de sablier, savoir : un entonnoir large et ouvert en haut dans la moitié supérieure du pessaire; cet entonnoir n'a pour but que d'assujettir l'instrument dans le vagin et de recevoir le col de l'utérus; et le second entonnoir, plus petit, ouvert en bas, refoule directement la tumeur en arrière, et lui offre de plus un point d'appui sur la gouttière qui le sépare du premier. La largeur du pessaire dépend de la dilatation du vagin même; pour sa hauteur l'expérience a appris qu'il ne faut pas s'en rapporter à la mensuration du vagin avec le doigt. Si le pessaire avait la hauteur totale du vagin, il serait repoussé au bas au moindre effort, et sa circonférence inférieure distendrait l'orifice du vagin et froisserait désagréablement la muqueuse. Il importe donc qu'il soit placé de telle sorte que l'orifice vaginal soit à trois ou quatre lignes au-dessous, et que la matrice au-dessus soit assez libre pour s'abaisser et s'élever selon les mouvements de la femme, sans lui communiquer de trop fortes impulsions.

Ce pessaire contient très-bien et il compte déjà de nombreux succès. Le plus remarquable est sans doute celui d'une femme qui fut présentée au rapporteur chargé par l'Académie de lui rendre compte du travail de M. Malgaigne et que nous avons examinée nous-même. Elle avait quarante-sept ans, et portait son rectocèle depuis l'âge de vingt-deux ans. La constipation avait été toujours en augmentant; à la suite étaient survenus l'inappétence, les digestions pénibles, des étouffements, des crises nerveuses terribles, et enfin une fièvre d'accès revenant presque tous les jours. L'usage quotidien de pilules purgatives n'avait pu détruire cette constipation; et afin de la rendre plus supportable, la malade avait retranché sur sa nourriture, de sorte qu'elle était

devenue faible, maigre, sujette à des syncopes fréquentes. Cinq et six lavements étaient nécessaires pour obtenir quelques portions d'excréments quand le besoin devenait bien urgent; en outre, tous les jours elle prenait deux lavements qui n'évacuaient rien, mais qui cependant la soulageaient quelque peu. La première application d'un pessaire en sablier permit d'obtenir des selles à l'aide de deux lavements, et de cesser l'usage des pilules purgatives. En quelques mois l'appétit revint, la fièvre disparut, les digestions se firent; et deux ans après, quand elle fut présentée à M. Villeneuve, rapporteur de l'Académie, elle présentait une santé florissante et un embonpoint remarquable. Nous noterons comme complément à l'histoire du rectocèle, que la pression du vagin avait fini par aplatir l'entonnoir inférieur du pessaire et obligé à le renouveler; et de plus, que, malgré une contention exacte et si longtemps prolongée, la tumeur abandonnée à elle-même ne présentait pas de sensible diminution.

QUELQUES MOTS SUR L'EMPLOI DES SUTURES ET SUR L'APPLICATION DES AIGUILLES A ACUPUNCTURE A LA SUTURE ENTORTILLÉE.

Ce n'est pas chose facile, que je sache, en se guidant sur ce qui a été écrit si longuement, si vaguement, avec tant de prévention pour ou contre la suture, de se faire une idée bien nette, bien pratique, des cas qui réclament son emploi, et des procédés les meilleurs pour l'exécuter. Il est difficile de trouver un chirurgien, quelle que soit l'étendue de sa pratique, la portée judicieuse de son esprit, qui n'ait une prévention à l'égard de ce moyen, et le plus souvent contre lui. Le Mémoire de Pibrac a eu tant d'influence, que beaucoup d'hommes, fort distingués d'ailleurs, ont la plus grande peine à se défaire des impressions fâcheuses qu'ils en ont recueillies. Et cependant rien de plus simple, rien de plus naturel, si l'on peut parler ainsi : c'est de toutes les méthodes de réunion, la plus normale, la plus analogue à l'organisation. On remplace, en effet, par des fibres *solides, arrondies, inoffensives*, celles dont un accident vient d'interrompre la continuité, ou dont une opération vient de diviser une certaine étendue; c'est absolument comme dans les arts les plus vulgaires (où l'on ne saurait trop souvent prendre des exemples pour la thérapeutique chirurgicale), lorsqu'on réunit, par la couture, des tissus variés à l'infini, dont la continuité rompue, ou l'étendue trop peu considérable pour envelopper une partie, réclame

une réunion artificielle. Il y a toutefois une différence dans la durée d'application du moyen adhésif, et cela se conçoit, puisque la force plastique donnera bientôt naissance à la sécrétion d'une substance unissante qui approchera autant que possible de la nature des parties divisées, relativement surtout à leur fonction d'*union* ou de *continuité*. C'est assez dire, s'il était utile de le répéter, que les corps, quels qu'ils soient, destinés à opérer la réunion, doivent rester en place, juste assez de temps pour que la lymphe plastique qui s'organise soit devenue, par sa solidité, capable de résister à diverses causes de désunion, telles que l'élasticité de la peau, sa rétractilité, les contractions des muscles sous-cutanés et même profonds, les mouvements de la partie, l'effort des corps solides, liquides ou gazeux, rejetés du dedans ou venus du dehors, etc.; et j'ajouterai les déplacements qui résultent de bandages contentifs mal ou intempestivement appliqués.

Il n'est pas douteux qu'on n'attache une beaucoup trop grande importance à ces appareils plus ou moins compliqués, destinés, comme on l'a répété tant de fois, à seconder, on aurait dû plutôt dire annihiler et souvent même détruire, l'effet de la suture. Et à ce sujet, je ne connais rien de plus *désunissant* que le fameux appareil de Louis, pour le bec-de-lièvre, tel que l'emploient plusieurs chirurgiens, concurremment avec la suture, qui alors est efficace, non plus à l'aide du bandage, mais malgré lui.

Ceci paraît de prime abord un paradoxe; mais j'en appelle au souvenir de ceux qui ont appliqué ou vu mettre le bandage dont je viens de parler, chez les enfants, par exemple. J'en pourrais dire autant d'une foule d'autres bandages, soit pour les plaies de la tête, soit pour celles des membres, de l'abdomen, etc.; comme tous ne peuvent agir qu'à la condition de presser sur les tissus, au niveau des aiguilles, épingles ou autres points de suture, ils augmentent la constriction et la pression, et en rendent par conséquent l'effet plus fâcheux. Ils soutiennent les parties, dira-t-on; mais l'action de la suture est donc inférieure à celle du bandage : pourquoi donc ne pas commencer par appliquer celui-ci, et rejeter celle-là? Ils favorisent le rapprochement; mais ce rapprochement n'a donc pas été obtenu exactement : alors ou la suture est inutile, et il faut ne pas s'en servir, ou bien elle a été mal faite, et ceci ne saurait lui être reproché. Enfin, et cet inconvénient se voit bien, surtout dans la suture entortillée, les bandes, comme des cordes tendues, raidies par la coagulation du liquide séro-albumineux qui suinte de la plaie, glissent sur les pointes ou les têtes d'épingles et les tiraillent; ou bien, attachées, confondues avec elles, les déplacent, et en même temps les parties réunies, d'où le double inconvé-

nieut de la désunion et d'une inflammation qui compromet si souven le succès de l'adhésion immédiate.

Et il faut bien le dire ici, cette influence de l'inflammation sur le résultat malheureux des sutures n'est peut-être pas assez généralement sentie, ni convenablement appréciée, au point de vue surtout de la prophylactique. On a critiqué amèrement les anciens, au sujet des baumes, des préparations diverses qu'ils employaient pour favoriser la réunion des plaies; cependant les observations ne manquent pas, dans nos meilleurs auteurs, de réunions bien et dûment obtenues pendant qu'on se servait de ces moyens. La plupart de ces topiques, essentiellement résolutifs et astringents, prévenaient l'abord du sang en crispant les capillaires, comme disait Bichat, et mettaient (ceci s'applique surtout aux corps gras, la surface divisée à l'abri du contact de l'air, double obstacle au développement de l'inflammation. Je ne dis pas ceci pour qu'on revienne à ces moyens, qu'on a trop vite, peut-être, jugés d'arriérés et de barbares; mais il faut tenir compte des petites comme des grandes choses: les unes et les autres, et les premières souvent plus que les secondes, assurent bien des succès en chirurgie. Du reste, l'emploi des irrigations d'eau froide, des compresses imbibées de ce liquide fréquemment renouvelé, paraissent assez bien remplir cette médication résolutive.

On nous accusera peut-être d'oublier ici l'appareil calorifère de M. Guyot; mais, quoique autorisés déjà par un certain nombre de faits à en nier la complète et universelle utilité, nous aimons mieux, avant de le juger définitivement, attendre encore de l'expérience une sanction plus longue et conséquemment plus solide.

Tout ceci, nous venons de le dire à propos de l'inflammation; et, qu'on ne s'y trompe pas, c'est à la prévenir que doit constamment s'attacher le chirurgien pour obtenir du succès dans les réunions par la suture. Si cette inflammation est trop vive, alors que les épingles ou les fils sont encore en place, le gonflement érisypélateux qu'elle amène écarte les bords de la plaie; du pus s'interpose, et la réunion secondaire peut seule être obtenue; si elle se développe quand les points de suture sont tombés, la cicatrice, toute récente, toute faible encore, se pénètre de sucs, se ramollit, se détruit; la plaie tout d'un coup se reforme quelquefois plus grande, et par le gonflement des tissus, et par l'extension à ses bords de l'inflammation ulcérative; dans ce cas encore, la suppuration s'établira de toute nécessité, et au lieu de quatre à huit jours pour une réunion, il en faudra souvent attendre vingt, trente, et bien davantage. Certes une telle différence exige qu'on y prenne garde; tant de circonstances réclament une prompe adhésion,

qu'on ne saurait négliger les soins les plus minutieux pour l'obtenir. Or nous pensons la favoriser en établissant ce précepte : une fois les indications de la suture bien appréciées, et celle-ci convenablement pratiquée, tout appareil de pansement ne doit avoir pour but que de préserver les parties divisées du contact des corps irritants, et de maintenir sur elles quelques topiques simplement résolutifs ; nous ajouterons plus bas le complément à cette proposition.

Avant d'aller plus loin, il serait bon de s'entendre sur les cas qui réclament l'emploi de la suture, autant du moins qu'on peut l'établir dans des considérations générales. Aujourd'hui qu'on ne tremble plus comme autrefois à la seule pensée de piquer un tendon, un muscle, une aponévrose, le champ d'application des sutures se trouve tout naturellement agrandi de beaucoup, 1° relativement aux organes sur lesquels on pourra la faire ; 2° pour les cas qui la réclament, on peut dire en principe que toutes les fois que l'étendue d'une plaie, le décollement de la peau, les tractions musculaires, l'écartement nécessité par la position spéciale de la plaie, le passage indispensable d'un liquide excrémentitiel, s'opposeront à l'adhésion immédiate favorisée par les moyens ordinaires, c'est-à-dire la position, les agglutinatifs, les bandages simples, etc., on devra songer à la suture; mais ceci nous paraît trop général encore : il est des cas où la possibilité de réunion ne suffit pas seulement, mais où il faut rechercher le moyen le plus parfait pour l'obtenir. Cela s'applique surtout aux solutions de continuité de la face, et l'on doit presque dire des plaies de cette partie que, dès l'instant qu'elles dépassent trois à quatre lignes et atteignent toute la profondeur de la peau, elles réclament la suture. Là, en effet, on ne veut pas seulement obtenir une adhésion primitive quelconque, mais on cherche à réunir exactement, *imperceptiblement* même, s'il est possible : or, quelle que soit la perfection des bandages, des emplâtres, jamais ils ne vaudront ce que nous avons appelé la création temporaire d'un nouveau tissu.

S'il fallait maintenant revenir sur les avantages de la suture à la suite des opérations qui intéressent les os de la face, dans les cas d'ablation de tumeurs, à plus forte raison dans ceux où il faut faire l'autoplastie, certes, les indications ne manqueraient pas ; mais, il faut bien le dire, c'est chose tout à-fait impossible que d'établir ainsi *à priori* les cas qui réclament ce mode de réunion : nous aurions à passer en revue presque toutes les régions du corps humain, et les variétés si nombreuses de solutions de continuité traumatiques, ou régulièrement faites par l'art, qui peuvent s'y rencontrer. Je ne veux pas discuter non plus la valeur relative des diverses espèces de suture ; je bornerai

mes réflexions à la suture entortillée. C'est elle, sans contredit, qu'on emploie le plus souvent : les aiguilles ou les épingles coupent moins la peau que les divers fils dont on peut se servir; la solidité du lien présente un point d'appui derrière la plaie et soutient la peau; les fils en 8 de chiffre, qui passent au devant et sur les côtés, facilitent et maintiennent le rapprochement qu'on peut ainsi graduer. Ils garantissent en outre la plaie du contact de l'air, en formant une sorte de mastic qui donne plus de solidité à la réunion.... Toutefois, si on les laisse trop longtemps, ces fils peuvent, en irritant la plaie, y déterminer une inflammation ulcérative toujours suivie de cicatrices plus ou moins apparentes.

Relativement au choix des aiguilles, il faut faire attention à plusieurs choses : 1° à la facilité de leur introduction; 2° à leur action sur les parties qu'elles soutiennent; 3° au plus ou moins de facilité qu'on a à les sortir. Il ne faut pas oublier non plus de prendre en considération la pression de leurs extrémités sur la peau. C'est pour éviter ces derniers inconvénients, et aussi pour se mettre dans les meilleures conditions possibles quant aux autres circonstances, que les chirurgiens ont fait tant de modifications aux épingles ou aux aiguilles. Tout ce dont on s'est servi jusqu'à présent, épingles ordinaires, aiguilles d'acier, avec ou sans enveloppe d'or ou d'argent, etc., péchait en quelque façon, soit par la difficulté d'introduction, soit par un volume trop considérable, la difficulté de sortie, etc. C'est pour obvier à tous ces inconvénients que M. Amussat vient tout récemment de s'arrêter à l'emploi des aiguilles à acupuncture en platine. Celles qu'il a fait fabriquer chez M. Charrière ont de quatorze à seize lignes de longueur, une demi-ligne à deux tiers de ligne de diamètre, très-aiguës à leur pointe, terminées à l'autre extrémité par un petit anneau, sur lequel on prend un point d'appui dans la pression qu'exige leur introduction. Cet anneau, qui remplace une tête, placé horizontalement sur la peau, ne peut la comprimer comme ferait un renflement sphérique, et fournit, au moment de l'extraction de l'épingle, une certaine prise qui la rend plus facile. Ainsi que nous l'avons dit, ces aiguilles sont en platine et offrent beaucoup de solidité sous un petit volume. Elles pénètrent facilement, presque sans douleur (et nous n'exagérons pas), en disant que plusieurs des malades chez lesquels M. Amussat s'en est servi ne souffraient pas au moment de leur introduction; l'instant de la réunion était un temps d'arrêt pour leurs souffrances. On sait, au contraire, que lorsque la réunion se fait avec des épingles ordinaires ou celles à bec-de-lièvre de Dupuytren, les douleurs sont souvent très-vives; il faut presser beaucoup, tirailler la peau, toutes choses qui ont certaine-

ment une grande influence sur le développement de l'inflammation consécutive.

Ces aiguilles ne s'oxydent pas et sont par cela même extraites avec une grande facilité, sans effort; M. Amussat s'en est assuré comparativement en mettant chez une malade, à laquelle il enleva le mois passé avec succès un lipôme du dos, une aiguille en platine à côté d'une autre en acier étamé; les premières furent extraites sans le moindre effort; il a fallu beaucoup plus de force pour amener la seconde qui s'était notablement rouillée. Les cicatrices que laissa cette dernière à son entrée et à sa sortie sont de beaucoup plus visibles que celles résultant du passage et du séjour des aiguilles de platine; il faut souvent les chercher avec attention pour les voir, ce qui n'est pas d'une petite importance dans certaines régions du corps, pour les femmes surtout.

M. Amussat attache en général peu d'importance au bandage contentif comme moyen de favoriser l'action de la suture; mais il lui reconnaît une utile action, et l'emploie souvent dans les cas de grand décollement de la peau résultant, par exemple, d'une dissection de tumeur; c'est alors en effet qu'une compression douce et méthodique favorise l'adhésion de la face profonde des lambeaux. Cette adhésion est un fait capital; si elle a lieu, une plaie souvent très-vaste cesse tout d'un coup d'exister, et avec elle disparaissent les chances fâcheuses d'abcès, de décollements plus étendus, des érysipèles, de la phlébite, etc. Il ne faut pas désespérer du recollement, alors même que du sang s'épanche, car ou il se résorbe (ce qui est rare), ou il se confond avec le tissu adhésif de nouvelle formation, ainsi que l'a signalé Hunter, ou bien à l'aide d'une ouverture laissée ou pratiquée dans quelque point de la plaie, il s'écoule au dehors; cette dernière portion se cicatrice un peu plus tard, il est vrai, mais le reste alors est déjà complétement fermé.

Les quelques données pratiques que nous venons d'exposer n'auront sans doute pas éclairé complétement l'histoire de la suture, mais d'autres faits nous mettront à même d'étudier encore ce point important de thérapeutique chirurgicale, car il est nécessaire de revenir à plusieurs reprises sur un sujet, de l'envisager sous plusieurs faces avant de le regarder comme entièrement épuisé. B.

SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL D'UNE PLAIE GRAVE DE L'ORBITE PAR UN CORPS ÉTRANGER, ET SUR L'AMPUTATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEUR AVEC RÉPARATION DE LA FACE.

Le pronostic des plaies de l'orbite est grave en général. La paralysie des muscles de l'œil, la perte de la vue, l'inflammation traumatique, transmissible aux enveloppes du cerveau et suivie de mort, comme Beer et Weller en rapportent des exemples, tels sont les accidents funestes occasionnés par une semblable lésion. On sentira dès lors l'importance du fait que nous soumettons à nos lecteurs. Il renferme un enseignement utile et très-propre à éclairer la conduite du praticien dans les cas analogues.

Nous voyons à l'hôpital de la Pitié, dans les salles de M. Lisfranc, un enfant de douze ans d'une assez faible constitution.

Il est tombé en courant; deux heures après il arrive avec le visage pâle, la peau froide, le pouls lent et déprimé; ses traits respirent la frayeur et l'étonnement.

Au moment de sa chute il portait à la main une broche en bois longue d'un pied. L'instrument, terminé par une pointe mousse, fut retrouvé sur le lieu de l'événement; il est brisé à une certaine distance de son extrémité.

A l'examen du petit blessé, on est frappé par la saillie et le volume de l'œil gauche, qu'on dirait sous le coup d'une exophthalmie. Cet œil est larmoyant, légèrement injecté; il existe une érosion superficielle au centre de la cornée; la pupille est très-dilatée, immobile, le cercle iridien est presque entièrement effacé; la vision est abolie de ce côté; la diaphanéité des milieux oculaires est conservée. A quelques lignes du grand angle de l'œil, la paupière supérieure, refoulée sous le bord orbitaire, présente une dépression avec froncement circulaire de la peau; on aperçoit au fond de cette dépression l'extrémité d'un fragment de bois qui déborde à peine d'une demi-ligne.

Saisi avec des pinces à pansement, ce corps étranger, qui résiste à une traction forte mais directe, cède sans peine à un mouvement de rotation, et bientôt une tige cylindroïde, de deux pouces trois lignes, est amenée à l'extérieur.

Il s'écoule aussitôt une cuillerée de sang.

La pupille se resserre vivement; la vision se rétablit. La paupière supérieure recouvre la liberté de ses mouvements; le volume de l'œil diminue.

Le blessé, qui jusqu'au moment de l'extraction du corps étranger n'a éprouvé aucune douleur, en ressent, quelques instants après, de très-vives dans la région sus-orbitaire ainsi que dans l'œil. La prostration est remplacée par un état réactionnaire très-marqué.

Le pouls s'étant fébrilement développé, une saignée de trois palettes fut pratiquée au bras. De plus, pédiluves sinapisés, lavements purgatifs, compresses d'eau froide sur l'œil et l'orbite.

Pas de sommeil la nuit; le lendemain, douleurs oculaires très-vives; sensibilité exquise sous la flamme d'une bougie; gonflement, chaleur et ecchymose considérable de la paupière supérieure; fièvre, agitation,

Nouvelle saignée de deux palettes ; sinapismes aux pieds ; purgatif ; fomentations émollientes sur l'œil.

L'usage des purgatifs fut encore renouvelé pendant trois jours ; la diète et les révulsifs aux extrémités furent très-sévèrement maintenus.

Au dixième jour la guérison est parfaite : l'œil a conservé l'intégrité de ses fonctions.

Dans les plaies de l'orbite, le chirurgien doit, sans perdre de temps, extraire l'instrument vulnérant : plus son séjour se prolonge, plus les difficultés se multiplient. Il peut même arriver que le développement des parties molles par l'inflammation, et l'augmentation de volume du corps étranger longtemps en contact avec une surface humide, produisent une sorte d'enclavement, et que l'extraction exige alors un débridement préalable. Faut-il, dans ce cas, imiter Fabrice de Hildan, qui conseille de combattre l'inflammation par des moyens appropriés, et de différer l'extraction? Les autorités chirurgicales ne sont pas de cet avis : il nous semble, en effet, que le moyen le plus sûr et le plus logique de lever les accidents phlegmasiques est de remonter à la cause, surtout quand elle est aussi saisissable. Ne sait-on pas d'ailleurs le vieil adage : *Sublatâ causa, tollitur effectus ?*

On remarquera, sans toutefois s'en étonner, la gravité des symptômes généraux que le sujet de notre observation a offerts à son entrée à l'hôpital. Il ne faut pas se presser d'en déduire un pronostic que la suite pourrait infirmer. Les sympathies qui placent l'œil en relation avec la plupart des principaux viscères de l'économie, reposent sur un fait anatomique trop connu pour qu'il faille y insister ; quel est le praticien qui n'a pas vu le vomissement, par exemple, suivre l'opération de la cataracte?

Nous nous arrêterons sur l'énergie avec laquelle M. Lisfranc a traité son malade, nonobstant son âge et sa faiblesse : cinq palettes de sang sont extraites en vingt-quatre heures. Sans doute, dans les cas ordinaires, il faut proportionner les évacuations sanguines à la force de la constitution ; mais s'ensuit-il que, devant certaines nécessités pathologiques, cet esprit de pondération et de mesure ne doive s'effacer et faire place à une volonté plus ferme, plus hardie, soutenue d'ailleurs et éclairée par l'observation, qui apprend chaque jour que le stimulus inflammatoire développe une puissance réactionnaire très-considérable dans les constitutions les plus débiles en apparence?

On a sans doute observé que, le lendemain de l'accident, les compresses d'eau froide furent remplacées par des fomentations émollientes tièdes. L'expérience a appris au chirurgien de la Pitié qu'il y a de l'avantage à cesser l'emploi de l'eau froide, dès que son impuissance à

empêcher l'invasion de la phlegmasie est constatée, et que son développement a eu lieu.

— Il semble que les malades affectés de cancer de la mâchoire inférieure se donnent rendez-vous dans les salles de M. Lisfranc ; et bien ils s'en trouvent, comme on peut s'en convaincre par les faits suivants :

Cancer des parties molles et des deux tiers du corps de l'os maxillaire inférieur. — Opération. — Guérison. — Accident consécutif très-remarquable.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans environ et d'un tempérament lymphatique.

Après avoir subi cinq opérations pour des récidives d'un cancer de la lèvre inférieure des plus vivaces; il se présente à nous dans l'état suivant :

Un vaste ulcère s'étend du bord libre de la lèvre inférieure jusqu'à deux lignes au-dessous de la base de la mâchoire; sur les côtés il se termine à un pouce et demi de la commissure gauche des lèvres, et à un pouce de la commissure droite.

L'exploration, à l'aide d'un stylet, constate le ramollissement du corps de l'os, les quatre dents incisives inférieures sont ébranlées dans leurs alvéoles, dont le tissu est d'une friabilité remarquable.

Opération — A partir de chaque commissure, M. Lisfranc divisa horizontalement avec de forts ciseaux, les parties molles jusqu'au-delà des limites de la maladie; puis, par une incision qui vint se rendre de l'extrémité externe de la section horizontale du côté gauche à l'extrémité externe de celle du côté droit; en passant sous le menton, il circonscrivit et enleva toutes les parties molles affectées de cancer.

Section de l'os. — On réséqua du corps de l'os toute la portion comprise entre la première petite molaire droite inclusivement et la seconde grosse molaire gauche.

La division des muscles de la région sus-hyoïdienne fut suivie d'une rétraction violente et brusque de la langue. Pour maintenir celle-ci en avant on se servit d'une érigne implantée à sa pointe, tandis qu'on acheva l'opération.

Réparation de la face. — Une fois l'hémorrhagie arrêtée, le chirurgien pratiqua l'incision de la peau du cou sur la ligne médiane, depuis le menton jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous. A droite et à gauche de cette incision, deux lambeaux furent disséqués; on les porta à la hauteur de la lèvre inférieure, et on fit descendre par la dissection les bords supérieurs de la solution de continuité. Cinq points de suture maintinrent les lambeaux réunis sur la ligne médiane. Trois points de suture à gauche et deux à droite simulèrent autant que possibles les commissures labiales.

Après cette restauration de la lèvre, l'ouverture de la bouche a environ deux pouces de diamètre transversalement, un pouce et demi de haut en bas.

Au bout de six jours toutes les épingles ont été retirées. La réunion a lieu partout extérieurement. La face interne des lambeaux n'est pas encore réunie aux parties profondes.

Quelques jours plus tard, cette réunion s'est établie, comme le prouve la sup-

puration considérablement diminuée à l'intérieur de la bouche, et l'ouverture de cette dernière, qui s'arrondit en se rétrécissant. On observe en même temps le rapprochement des extrémités osseuses; un pouce au plus les sépare, quoique trois pouces du corps de la mâchoire aient été réséqués.

Au moment où le malade se disposait à quitter l'hôpital, il se manifesta sur la partie antérieure et latérale du cou un gonflement dur, peu douloureux, sans chaleur notable, avec rougeur pâle des téguments. Cet état, stationnaire pendant plusieurs semaines, fit des progrès; l'empâtement des parties molles s'étendit, quelques élancements se manifestèrent: on eut des craintes sérieuses sur la durée de la guérison: quelques personnes prononçaient même le mot de récidive. Cet arrêt, que les antécédents de la maladie semblaient justifier, n'était pas, fort heureusement, sans appel; loin de là: cet engorgement, contre lequel l'application des émollients fut le seul moyen mis en usage, prit tout à coup une physionomie plus franchement inflammatoire, et la fluctuation se manifesta; deux abcès ganglionnaires furent ouverts à quelques jours l'un de l'autre. Aujourd'hui la guérison se soutient. La difformité n'est pas très-grande.

Chez un autre malade nous voyons encore la totalité de la lèvre inférieure détruite par un cancer largement ulcéré; le corps de l'os maxillaire est ramolli, carié dans son tiers antérieur.

Une opération à peu près semblable à celle que nous venons de décrire succinctement a été pratiquée avec succès par M. Lisfranc. Cette fois il forma les lambeaux de réparation avant de réséquer l'os. Nous en dirons plus bas la raison. Ces deux malades ont été présentés à l'Académie.

Nous ferons remarquer que, contrairement au procédé de Dupuytren, le chirurgien de la Pitié, quand il doit faire une grande réparation de la face dans un cas de résection de la mâchoire inférieure, enlève préalablement à cette résection les parties molles atteintes par la maladie; on a de cette manière l'avantage de pouvoir constater sûrement l'étendue de l'altération de l'os, et mesurer exactement les dimensions que doivent avoir les lambeaux de réparation qu'il est bon de former avant de sacrifier la portion d'os malade.

Pour avoir une grandeur convenable, ces lambeaux doivent être disséqués dans une étendue telle qu'ils puissent être sans tiraillement mis en contact avec la partie inférieure des joues, et ramenés à la hauteur des commissures labiales, en passant sur l'os maxillaire inférieur appliqué contre le supérieur.

Deux motifs portent à réséquer l'os à une certaine distance de la symphyse:

1° Quand, dans les cancers, on coupe trop près de la maladie, la récidive est plus facile;

2° Toutes les fois que l'on forme, avec des tissus aussi minces que l'est la peau du cou, des lambeaux destinés à s'appliquer sur les moignons résultant de l'amputation d'une partie du corps de la mâchoire, ces moignons, pour peu qu'ils soient trop saillants, s'arcboutent contre

les parties molles peu épaisses, les enflamment, les gangrènent et les perforent. C'est depuis que M. Lisfranc a observé ce fait à l'hôpital de la Pitié, qu'il ne craint pas de sacrifier le corps de l'os dans une plus grande étendue.

Il est encore une pratique conseillée par quelques chirurgiens : elle consiste à percer préalablement, à la section de l'os, le plancher de la cavité buccale, à l'aide d'un bistouri porté de haut en bas derrière le corps de la mâchoire, de chaque côté et dans le point où la résection doit être faite. On introduit, dans la voie ouverte par l'instrument tranchant, une plaque en bois sur laquelle la scie vient porter à la fin de la section : on évite ainsi la lésion des parties molles.

D'abord, ce dernier inconvénient est nul, car les tissus que la scie peut entamer sont tellement rapprochés de l'os qu'on les enlève avec lui; tandis qu'il y a une raison bien autrement puissante pour rejeter, à l'exemple de M. Lisfranc, cette manœuvre qui prolonge sans avantage une opération déjà bien assez douloureuse. Cette raison, c'est la possibilité, comme cela est arrivé à Dupuytren dans un cas semblable, d'ouvrir une branche artérielle assez volumineuse pour donner lieu à une hémorrhagie inquiétante, le sang ne pouvant être arrêté qu'après que l'os a été scié des deux côtés, ce qui peut être long, surtout chez les vieillards, où l'os maxillaire inférieur, en quelque sorte éburné, présente une dureté remarquable.

Nous rappellerons que c'est surtout dans les cas de résection de la partie moyenne du corps de la mâchoire inférieure que le chirurgien doit se prémunir contre le retrait convulsif de la langue vers l'isthme du gosier, au moment où les muscles viennent d'être coupés à leur insertion aux apophyses génis. Pour qui n'a pas assisté à une semblable opération, il y a quelque chose d'effrayant dans ce mouvement brusque qui précipite ainsi vers le pharynx la langue convulsivement agitée.

Chez nos deux malades, il a suffi, pour faire cesser la suffocation produite par cette cause, de maintenir les doigts medius et index d'une main appliqués sur la base de la langue, et d'y exercer pendant quelques minutes une compression assez forte dirigée d'arrière en avant.

On est quelquefois obligé, quand cet état spasmodique ne cède pas, d'employer le moyen conseillé par Delpech : il consiste à porter un fil dans l'épaisseur de la langue, pour la fixer en avant.

Enfin, dans cette grande opération, il est un soin indispensable dont l'oubli peut devenir funeste; je veux parler de la position du malade. Pour éviter la suffocation que le sang et la salive déterminent en se portant vers le pharynx, la position la plus convenable sera celle qui se rapprochera le plus de la position assise. On ne saurait croire

combien ce détail a d'importance : M. Lisfranc y insiste tout particulièrement; il pense avec raison que l'indocilité des malades dépend surtout de la gêne qu'éprouve la respiration, et qu'en y remédiant autant que possible, on abrége la durée de l'opération, ce qui n'est pas sans influence sur son résultat.

—Le troisième fait qui nous reste à signaler porte sur une femme qui a quitté dernièrement l'hospice de la Pitié, où elle a été soumise avec succès à la résection de la portion de l'os maxillaire inférieur comprise entre la troisième grosse molaire du côté gauche et la dent canine droite, pour un ostéosarcôme déjà opéré une première fois par l'instrument tranchant et la cautérisation actuelle. L'intégrité des parties molles permit au chirurgien de former un lambeau avec une portion de la lèvre inférieure et de la joue gauche, qui furent détachés du corps de l'os à l'aide d'une première incision qui divisa la lèvre dans toute sa hauteur, jusqu'au dessous du menton, puis d'une seconde qui, partant de la limite de la maladie en arrière, vint, en longeant la base de la mâchoire, se terminer dans la première ; quatorze points de suture furent pratiqués.

Le cinquième jour après l'opération, toutes les épingles sont enlevées ; la réunion est obtenue en grande partie.

Il reste à la partie la plus déclive une fistule qui se ferme au dixième jour.

Le quinzième jour, la malade, qui a traversé sans accident les premiers jours de l'opération, est prise tout à coup d'une fluxion siégeant sur la joue gauche et la partie voisine du cou, avec chaleur et tuméfaction considérable des gencives.

Les sangsues, appliquées aux apophyses mastoïdes, firent justice de ce mouvement inflammatoire ; insensiblement la détuméfaction s'opéra ; chaque jour l'amélioration devint sensible : la malade était bien guérie un mois environ après l'opération. A. F.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LA CONSERVATION ET LES PROPRIÉTÉS VÉSICANTES DES CANTHARIDES.

Déjà beaucoup de pharmacologistes se sont occupés des cantharides sous le triple rapport de leur conservation, de leurs propriétés vésicantes quand elles sont vermoulues, et de la ténuité plus ou moins

grande que doit avoir leur poudre; nous allons également passer en revue ces trois points de l'étude des cantharides; heureux si le fruit de nos recherches et de nos expériences jette quelques lumières sur un agent thérapeutique aussi puissant et aussi souvent employé dans la pratique médicale!

Conservation des cantharides. Tous les pharmaciens savent que les cantharides sont promptement attaquées par des insectes, les mites et les anthènes, qui finissent par les réduire en poudre. A cet inconvénient, moins grave qu'on l'a cru d'abord, et qui n'avait point échappé à Parmentier, on a opposé les moyens suivants : Nanchetti conseille la vapeur de l'alcool; Fariner propose de rendre les cantharides inattaquables par les insectes en employant pour les asphyxier de l'acide pyroliqueux non rectifié, au lieu de vapeur de vinaigre; Guibourt, qui a fait un essai avec le camphre seul, avec le camphre associé dans un cas avec le soufre, dans un autre avec le sublimé, assure que la dessiccation entière, parfaite des cantharides, est le meilleur moyen de conservation pour ces précieux insectes. Derhains, de Saint-Omer, emploie le chlorure de chaux; enfin d'autres pharmaciens prétendent que l'huile de pétrole, celle de thérébenthine, le carbonate d'ammoniaque, le poivre, le procédé d'Appert, etc., contribuent aussi à la conservation des cantharides. Nous qui avons répété toutes ces expériences, qui avons mis en usage tous les corps et tous les moyens ci-dessus proposés, nous dirons que l'agent conservateur qui nous a le mieux réussi est l'atmosphère sulfureuse.

Dans dix bocaux contenant chacun huit onces de cantharides parfaitement séchées, et privées de tous corps étrangers visibles à l'œil nu et à l'œil armé d'une loupe, nous avons mis, dans deux bocaux formant ma première série, une demi-once de sulfate de chaux; dans deux autres bocaux, deuxième série, une demi-once de chlorure de chaux; dans deux autres bocaux, troisième série, une demi-once de camphre en poudre grossière; dans deux autres bocaux, quatrième série, une once d'alcool marquant 40°; enfin dans deux autres bocaux, cinquième et dernière série, une once d'huile de pétrole. Chaque bocal contenant, nous le répétons, huit onces de cantharides, déposé dans une armoire parfaitement sèche, a été garni extérieurement de papier noir, fermé d'un bouchon assujetti avec le lut gras; et chaque substance conservatrice ou réputée telle était placée sous les cantharides au fond des bocaux. Cela étant bien compris, voici ce que nous avons trouvé à l'ouverture des bocaux, trois ans après le commencement de l'expérience (1er mai 1833 au 1er mai 1836).

1re série : Conservation parfaite;

2e série : Conservation beaucoup moins parfaite; la moitié à peu près était vermoulue;

3e, 4e et 5e séries : Altération complète.

Propriétés vésicantes des cantharides. Parmentier a eu tort, dit-on, d'avancer que les cantharides vermoulues n'avaient rien perdu de leurs propriétés vésicantes. Ce célèbre pharmacologiste n'a pas eu tort; le fait qu'il a avancé n'est pas détruit de nos jours, du moins dans tous les esprits, car des expériences ont été faites à plusieurs fois, et à plusieurs fois les assertions de Hottot, Tassart, et autres, ont été tour à tour sanctionnées et démenties. Sanctionnées, car sur tous les sujets, des vésicatoires préparés avec des cantharides de l'année, non vermoulues, ne donnent pas toujours lieu à la vésication voulue; démenties, car des vésicatoires préparés avec des cantharides qui ont plus de quinze années de date et de pulvérisation, qui sont entièrement vermoulues, ont donné lieu, dans beaucoup de cas, sinon dans tous, à des vésications parfaites, et en tout semblables à des vésications produites avec des cantharides récentes et de bonne qualité.

Ces faits, aussi exacts qu'ils peuvent paraître extraordinaires, s'expliquent beaucoup plus facilement par l'état particulier des malades, l'idiosyncrasie des sujets, la susceptibilité plus ou moins grande de l'enveloppe cutanée, des organes sur lesquels on a appliqué des exutoires cantharidés, que par la qualité ou la vertu propre de l'agent thérapeutique mis en usage; tous les jours la pratique médicale constate ces aberrations, ces insuccès dans l'emploi rationnel, bien approprié, de tel ou tel médicament, de telle ou telle préparation pharmaceutique, jouissant d'ailleurs de toutes leurs propriétés physiques et chimiques. Ainsi dès que les mites et les anthènes, qui attaquent et dévorent les cantharides, ne détruisent pas le principe actif de ces insectes, ou que ce principe actif passe des cantharides dans le corps des insectes destructeurs, toujours est-il que des cantharides vermoulues et employées vermoulues, non séparées des mites, à diverses compositions pharmaceutiques, jouissent de leurs propriétés vésicantes avec presque autant d'énergie que les cantharides non vermoulues; telle est du moins notre opinion fondée sur l'expérience et sur des faits plusieurs fois répétés.

Poudre de cantharides; de sa ténuité. Les cantharides doivent-elles être réduites plutôt en poudre fine qu'en poudre grossière pour les besoins de la médecine et de la pharmacie? Cette question, déjà tranchée affirmativement par les uns, négativement par les autres, sera par nous résolue par *oui* et par *non*, ou plutôt par *oui* seulement. Oui, les cantharides seront pulvérisées très-finement quand elles devront faire partie des graisses, onguents ou pommades propres à entretenir ou à ac-

tiver la suppuration d'un exutoire ; oui, elles seront réduites en poudre grossière lorsqu'elles devront servir à saupoudrer l'emplâtre ou même l'onguent solide épispastique avec lequel on prépare les vésicatoires proprement dits. Dans le premier cas, la cantharide sera plus exactement, plus immédiatement répartie dans toutes les parties du corps gras auquel elle sera mélangée; dans le second cas, les particules grossières de l'insecte contribueront beaucoup, par l'irritation locale qu'elles produisent sur l'épiderme, à la formation de la vésicule qui doit mettre à nu le derme de la peau. FOY.

UN MOT SUR LA LOI QUI PRESCRIT LES POIDS DÉCIMAUX EN PHARMACIE. — LETTRE DE M. GUIBOURT.

Une question embarrassante pour les pharmaciens et les médecins va se présenter à partir du 1er janvier 1840. A cette époque, si une tolérance spéciale n'est accordée aux pharmaciens, ils ne pourront avoir chez eux que des poids décimaux. Il s'en suivra nécessairement une perturbation médicale et des difficultés extrêmes, si cette mesure législative est rigoureusement exécutée; car assurément les ordonnances des médecins continueront encore longtemps, dans les provinces surtout, à être dosées par onces, gros et grains, comme par le passé. On ne change pas en un jour les habitudes de toute sa vie, on ne renonce pas aux résultats positifs de son expérience, en présence des cas graves qui se présentent dans la pratique. Le simple calcul qu'il faudrait faire dans des circonstances de ce genre, pour réduire les grains d'un médicament en centigrammes, nuiraient à la confiance que le médecin aurait en lui, et compromettrait peut-être le malade par les erreurs qu'il pourrait faire.

Ces difficultés ont été soumises à l'Académie dans la lettre suivante de M. Guibout, qui, l'un des premiers, cependant a préconisé le système décimal en pharmacie. Cette lettre a été renvoyée, sur la demande de M. Orfila, à la commission de réorganisation médicale. Espérons que cette commission fera valoir auprès de qui de droit les difficultés qui se présentent. Voici le texte de la lettre :

« Je crois utile d'appeler dès à présent l'attention de l'Académie sur l'exécution de la loi du 4 juillet 1837, relative à l'usage des poids décimaux. Longtemps encore après l'établissement du système métrique, et même après le décret du 12 février 1812, qui autorisait la fabrication de livres, onces, gros et grains, dérivés du kilogramme, les phar-

maciens se sont servis du poids de marc, qui est plus petit que le poids métrique d'un cinquantième environ. Mais enfin l'Académie ayant été consultée par le ministre de l'intérieur et ayant reconnu qu'il n'y avait aucun inconvénient à substituer définitivement la livre métrique au poids de marc (voir le rapport du 2 mars 1825), une ordonnance prescrivit l'abolition complète de celui-ci, et à partir de ce moment les pharmaciens n'ont plus employé que la livre de cinq cents grammes et ses divisions par onces, gros et grains.

» Bientôt cette tolérance même valeur être retirée, car la loi du 4 juillet 1837, dont je joins ici un exemplaire, défend, à partir du 1er janvier 1840, l'usage de poids autres que ceux purement décimaux, et ordonne que toute personne chez qui seront trouvés d'autres poids, y compris ceux fabriqués en vertu du décret du 12 février 1812, sera puni conformément à l'article 479 du Code pénal.

» Ainsi, à partir du 1er janvier 1840, les pharmaciens ne pourront plus avoir chez eux que des poids de kilogrammes, hectogrammes, décagrammes et centigrammes.

» Alors voici les questions qui se présentent.

» Si les médecins prescrivent par poids décimaux, auquel cas l'exécution de la loi n'éprouvera aucune difficulté, pourront-ils se servir de signes représentatifs pour les unités de différents ordres, ou bien devront-ils écrire la quantité en toutes lettres? Le choix ne semble pas douteux. Cependant un avis motivé de l'Académie royale de médecine serait ici d'une grande utilité.

» Si un certain nombre de médecins continue de prescrire par onces, gros et grains, et que les pharmaciens soient obligés de remplir les ordonnances avec des poids décimaux, devront-ils continuer à faire, comme aujourd'hui, l'once de trente et un grammes, 25 c., ce qui est exactement le seizième de cinq cents grammes, ou la porter à trente-deux grammes, comme le veulent plusieurs personnes? Feront-ils le gros de trois grammes, 9, ce qui est sa véritable valeur, ou de quatre grammes complets, ce qui peut ne pas être toujours indifférent? et ainsi des autres poids.

» Enfin s'il est difficile d'empêcher que des médecins continuent d'employer la division sexdécimale de la livre, ne serait-il pas opportun de permettre aux pharmaciens d'avoir chez eux des poids tout faits suivant cette division, afin d'éviter les erreurs de réduction d'un système dans l'autre?

» Quant à moi, je le confesse, j'aimerais à voir le système métrique adopté partout et sans aucune restriction; mais il est évident que ce résultat dépend beaucoup plus du médecin que du pharmacien. C'est

pour cette raison que j'ai cru devoir en entretenir l'Académie, et je l'ai fait avant la discussion, prochaine sans doute, de la loi sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, pour qu'on soit encore à temps d'y introduire une exception à la loi du 4 juillet 1837, si l'on jugeait que son exécution trop rigoureuse ne fût pas sans inconvénient. »

» Comme nous l'avons dit, cette lettre a été renvoyée à la commission de réorganisation médicale.

NOTE SUR LA SUBSTANCE ACTIVE DE LA GENTIANE ; PAR LE PROFESSEUR DULK, DE KONISBERG.

Les expériences de MM. Tromsdorff et Leconte ont démontré d'une manière décisive que le gentianin préparé d'après la méthode de M. Henry ne peut plus être regardé comme la substance active de la gentiane. J'ai trouvé, en me livrant à quelques essais sur cette racine, que la substance active amère se laisse isoler. Voilà le procédé. On traite la poudre grossière de la racine avec l'alcool, on distille les liqueurs et on dissout ce résidu dans l'eau. On filtre la solution; la matière indissoute, traitée avec de l'éther, fournit une teinture claire, de laquelle on obtient, par évaporation spontanée, le gentianen de M. Henry, tout à fait insipide.

La solution aqueuse a une saveur fort amère, et on la met en fermentation pour séparer le sucre, à quoi l'on ne réussirait pas bien d'une autre manière. Le liquide est précipité alors par l'acétate neutre de plomb, et on sépare le précipité qu'on abandonne; dans le liquide amer filtré on verse de l'acétate de plomb basique, et un peu d'ammoniaque, pour précipiter la combinaison de la matière végétale avec l'oxyde de plomb; mais on doit bien se garder d'ajouter trop d'ammoniaque, parce que celle-ci, comme base plus forte, enlève la matière végétale à l'oxyde de plomb. On obtient un précipité jaune, qu'on lave avec de petites quantités d'eau, parce que, par une plus grande quantité, la combinaison se décompose. Le précipité est délayé dans l'eau et décomposé par un courant de gaz hydrogène sulfuré. On filtre et évapore la solution à une température peu élevée jusqu'à siccité, et on traite le résidu avec l'alcool de 0,820 p. spécifique; on laisse filtrer, et on obtient, par évaporation, une masse qui n'offre aucune trace de cristallisation.

Ce gentianin est une matière jaune brunâtre. Séchée et triturée, elle fournit une poudre jaune; elle possède le goût amer de la racine au plus haut degré. Elle est hygrométrique, presque insoluble dans l'alcool absolu, plus soluble dans l'alcool ordinaire, et très-soluble dans l'eau.

Elle rougit le tournesol. Chauffée, elle fond, se boursoufle, et se laisse brûler sans résidu; elle ne contient pas d'azote. Par sa réaction et ses propriétés par rapport aux bases, elle se rapproche des acides.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DU TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES AU MOYEN DE LA CAUTÉRISATION AVEC LE NITRATE D'ARGENT.

J'ai toujours inutilement tenté la réunion immédiate des fistules stercorales qui succèdent aux anus contre nature, pour lesquels j'avais déjà pratiqué l'entérotomie. Pourquoi ces opérations, qui étaient faites avec beaucoup de soin, ont-elles échoué? J'en ai recherché la cause, et je n'ai pu la trouver que dans l'action des matières fécales, qui, en passant à travers la plaie, font perdre à celle-ci ses propriétés adhésives. Pénétré de cette vérité, je conclus personnellement à l'inutilité de cette opération.

J'avais déjà pensé, en raisonnant par analogie, que la réunion immédiate appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales ne devait pas mieux réussir. Cependant, pour être fondé dans cette opinion, je devais en faire l'essai. Un cas de ce genre s'étant présenté, j'ai réuni les bords de la plaie, après les avoir rafraîchies; je n'ai point obtenu leur agglutination.

Toutes les fistules que je n'ai pas pu fermer par l'agglutination des bords de la plaie au milieu de laquelle elles se rencontraient, se sont guéries par des cautérisations superficielles avec le nitrate d'argent.

Un mot sur la manière d'agir de ce caustique. En général, les ouvertures fistuleuses sont marquées par l'endurcissement du tissu cellulaire, par des espèces de callosités plus ou moins saillantes; leur trajet est un ulcère recouvert de bourgeons charnus de mauvaise nature. La plaie ne peut pas se cicatriser tant qu'ils conservent cet état. Par la cautérisation, on change la nature de cette plaie; elle devient rouge, vermeille; elle rentre dans les conditions des plaies qui doivent se réunir. Si alors, ayant affaire à une fistule vésico-vaginale, on prévient l'action de l'urine sur la plaie en évacuant ce liquide à mesure qu'il est versé dans la vessie, la petite plaie que l'on a avivée par la cautérisation peut se cicatriser. Lorsque la fistule a beaucoup de largeur, ses bords se cicatrisent isolément au lieu de se réunir, de façon que le trajet fistuleux cesse d'être une plaie; mais l'ouverture qui la remplace n'en est pas

moins difficile à guérir. On peut raviver ses bords en les touchant avec le nitrate d'argent. Ce caustique est appliqué de manière qu'il ne fait pas éprouver de perte de substance; or, comme chaque cautérisation est suivie d'une cicatrice nouvelle qui resserre un peu la fistule, on est d'avance assurée d'en obtenir l'occlusion complète, si on la détruit chaque fois qu'elle se reproduit.

J'avais, dès 1822, reconnu l'efficacité des cautérisations avec le nitrate d'argent dans le traitement des fistules stercorales; mais je n'avais pas encore remarqué qu'il pourrait devenir le seul moyen de guérison à opposer à certaines fistules vésico-vaginales.

Une femme d'Annonay fut atteinte d'une fistule vésico-vaginale, à la suite d'un accouchement clandestin pratiqué par une matrone d'une profonde ignorance, qui lui déchira le vagin et creva la vessie. La déchirure était assez grande pour qu'on eût pu introduire facilement dans la vessie un haricot d'un gros volume. Les urines s'échappaient entièrement par le vagin; de là, malgré les soins de propreté de la malade, une odeur ammoniacale très-forte et continue.

L'intérêt que m'inspira la malade me détermina à tenter tous le moyens possibles pour obtenir sa guérison; elle était d'ailleurs résolue à tout souffrir pour cela.

Les bords de la déchirure vésico-vaginale étaient durs et calleux; les parties génitales et le haut des cuisses étaient recouverts de petits boutons rouges, qui donnaient des démangeaisons et des cuissons très-fortes.

Il y avait deux ans que j'avais obtenu la guérison d'une déchirure recto-vaginale au moyen de la suture entortillée: je résolus de l'appliquer à cette fistule.

Je ne parlerai pas des nombreuses difficultés que j'ai eues à vaincre dans cette opération, ni d'un instrument que j'imaginai pour obtenir l'ouverture suffisante de la vulve pour voir la plaie, et manœuvrer dans le vagin.

La plaie étant parfaitement à découvert, je la rafraîchis en enlevant avec des ciseaux la partie calleuse de ses bords. Quoique je n'eusse enlevé que la moitié de leur épaisseur, et seulement la partie qui tenait aux parois du vagin, la plaie parut profonde, et ses bords écartés de cinq à six lignes; elle avait environ quinze à dix-huit lignes de longueur. Je réunis cette plaie au moyen de deux aiguilles et de la suture entortillée.

L'opération achevée, je plaçai à demeure dans la vessie une sonde qui devait favoriser la sortie de l'urine à mesure qu'elle y arriverait; cette sonde était parsemée de petits trous un peu ovales, dans le tiers supérieur de son étendue, en sorte que, quoique sa pointe pût s'élever haut

dans la vessie, l'urine coulait toujours par les ouvertures latérales. Une petite vessie adaptée à son pavillon était destinée à les recevoir.

La malade resta couchée en pronation, dans une situation telle que le bassin était plus élevé que le reste du corps, et que la paroi antérieure de la vessie devenait la partie la plus déclive de cette poche membraneuse; les urines devaient donc s'y porter naturellement, et s'éloigner de son bas-fond, où la plaie se rencontrait. Toutes ces précautions, jointes à la réunion exacte des bords de la plaie, me firent préjuger un heureux succès.

Les deux premiers jours, je fis des injections émollientes dans le vagin, et des lotions de même nature sur les parties extérieures. Toutes les urines coulaient par la sonde; néanmoins les parties génitales, un peu humides, répandaient une odeur ammoniacale qui m'inquiétait. D'où provenaient les urines qui la donnaient; sortaient-elles par la fistule? Celle-ci était trop profondément placée et l'urine en trop petite quantité pour pouvoir m'en assurer. Cependant, dans la crainte qu'elles ne passassent par la plaie, j'en rapprochai encore les bords en serrant un peu les fils sur le talon des aiguilles qu'on apercevait dans l'orifice de la vulve, lorsqu'on écartait les grandes lèvres. Malgré cette précaution, l'urine continua à couler, et le quatrième jour, comme elle sortait avec plus d'abondance, je reconnus qu'elle passait par la plaie. Dès ce moment, je ne comptai plus sur la possibilité de sa réunion, et, le septième jour, je retirai les aiguilles.

Deux mois se passèrent pendant lesquels la malade se reposa, sans que je l'eusse pour cela perdue de vue. Une première suture n'ayant pas réussi, j'étais peu engagé d'en tenter une autre. C'est la ressemblance que je trouvai avec les fistules stercorales qui me décida à lui appliquer le même traitement. C'est donc encore avec le nitrate d'argent, dont j'avais fait récemment une si heureuse application pour les déchirures du périnée et de l'anus, que j'ai combattu cette fistule, et que j'en ai obtenu la cicatrisation.

Chaque fois que je voulais raviver les bords de la fistule, je me servais de mon spéculum pour dilater la vulve. Je ne les touchais que lorsque je les apercevais distinctement afin de les cautériser convenablement et dans toute leur étendue. Un morceau de pierre, porté sur un manche, me servait pour faire la cautérisation. Pendant tout le traitement, la malade a gardé la même position que je lui avais fait prendre après l'opération de la suture, c'est-à-dire qu'elle est restée couchée en pronation, le bassin plus élevé que le reste du corps. Je lui ai également laissé à demeure, pendant tout le temps, la sonde percée de nombreux petits trous, au pavillon de laquelle j'avais attaché une vessie qu'elle vidait de

temps en temps en ouvrant un tube adapté à son extrémité. La malade faisait souvent des injections d'eau tiède dans la vessie, qui était si fortement contractée qu'on pouvait bien peu y enfoncer la sonde; elle en faisait également tous les jours dans le vagin.

La guérison fut longue à se décider; cependant, au bout d'un mois et trois cautérisations, la fistule avait déjà perdu la moitié de son étendue; plus tard, sa cicatrisation s'opéra plus lentement, ce ne fut en effet qu'au bout de deux mois qu'elle fut complète. J'ai fait quinze applications de caustique pour obtenir l'occlusion de la fistule, ou, ce qui est plus simple, je l'ai touchée quinze fois avec le nitrate d'argent. Il ne passait habituellement point d'urine par la fistule, et lorsqu'il en coulait un peu c'était lorsque la malade perdait la position dans laquelle je l'avais placée.

Je puis avec d'autant plus de confiance donner le conseil d'opposer la méthode que je viens de suivre au traitement des fistules vésico-vaginales, qu'elle n'expose les malades à aucun danger, et que les guérisons que les sutures ont procurées sont si rares, s'il y en a, qu'on peut les regarder comme des merveilles. REYBARD, D.-M.,

A Lyon.

UN MOT SUR LA CAUTÉRISATION AU MOYEN DES LIQUIDES.

Tous les corps qui sont capables d'affecter vivement la peau, et d'y produire surtout de l'irritation et une suppuration plus ou moins prolongée, doivent être rangés au nombre des meilleurs agents thérapeutiques. Quoique le nombre de ces *révulsifs* soit déjà passablement grand, on doit d'autant moins craindre de l'augmenter encore, que chacun d'eux a ou doit avoir un effet spécial, ou bien une certaine opportunité dont on pourra tirer parti dans telle ou telle circonstance.

Les acides concentrés, par exemple, ne sont pas assez utilisés sous ce rapport, et pourtant quelques-uns d'entre eux se présentent avec des conditions aussi favorables que beaucoup de caustiques généralement employés. Leur mode d'application offre, du reste, certaines particularités dont je dois toucher quelques mots.

Ce que j'en dirai pourra également s'appliquer à l'ammoniaque, ainsi qu'à certains liquides en ébullition. Pour porter tous ces corps sur le derme qu'il s'agit de cautériser plus ou moins profondément, il convient de se servir d'une substance sur laquelle le caustique n'ait aucune action. On devra donc recourir, pour les acides, à une lame de verre, à un cylindre ou tube de même nature, ou bien à un pinceau de fils de verre ou d'amiante. Quel que soit le véhicule auquel on ait donné la

préférence, on le plongera dans le liquide, et on le portera rapidement sur l'endroit qu'on veut brûler. Il dépendra alors de l'opérateur de tracer ici des lignes, des points ou des plaques, dans telle direction et dans telle étendue qu'il croira nécessaire. Il pourra également modifier, en plus ou en moins, la profondeur de ses brûlures, ou l'épaisseur de ses eschares, en passant l'instrument plus ou moins lestement, ou plus ou moins lentement; en le chargeant plus ou moins de liquide, et en revenant plus ou moins de fois sur ses traces. Toutes ces différentes manœuvres seront subordonnées, cela va sans dire, à la nature et au siége du mal, ou, pour mieux dire, aux vues de l'homme de l'art, et aux indications qu'il croira devoir remplir.

Il pourrait, sans contredit, satisfaire à ces mêmes indications au moyen du feu incandescent, du moxa, de la pommade de Gondret; mais les deux premiers agents répugnent et effraient le plus souvent, et sont loin, en général, d'obtenir l'assentiment des malades. La douleur qu'ils occasionnent est d'ailleurs vive et trop subite, de sorte que, jointe à la crainte que l'aspect et l'idée seule du feu font toujours naître, elle ébranle trop puissamment le physique et le moral. Le pinceau, comme *porte-caustique*, se présente, au contraire, d'une façon plus bénigne, et ne brûle pas aussi rapidement que le feu; l'effet se fait donc assez attendre pour qu'on puisse le modifier à son aise et à volonté; les préliminaires n'ont d'ailleurs rien de redoutable, et l'on n'est guère dans le cas de faire usage d'acides pour fixer mieux le malade et le membre. Toutes ces considérations peuvent donc militer en faveur de ce mode de révulsion. Ce serait le lieu de rappeler également la cautérisation avec le marteau ou le métal plongé dans l'eau bouillante; mais ce moyen, si facile et si commode, est trop connu pour que je m'y arrête, et que je répète ce que j'en ai dit ailleurs.

MATHIAS MAYOR,
Chirurgien à Lausanne.

SUR LES EFFETS DU CAMPHRE DANS L'ODONTALGIE.

M. Raspail a dernièrement préconisé, dans le *Bulletin de thérapeutique*, l'emploi du camphre dans l'odontalgie. Il y a quelques jours, j'ai essayé de ce moyen sur moi-même et sur deux de mes clientes, et je dois déclarer que, dans ces trois cas, il a agi d'une manière véritablement merveilleuse; la douleur dentaire, qui était très-violente, a été complétement enlevée. Je dois entrer dans quelques détails.

Je souffrais depuis huit ou dix jours, lorsque mon odontalgie parvint

à son apogée dans la nuit du 8 au 9 décembre dernier. Les douleurs que je ressentais dans toute la région droite de la face étaieot des plus atroces. J'étais convaincu que l'évulsion de la deot cariée était inévitable. Toutefois il me viot à l'idée de recourir au médicament vanté par M. Raspail quelques jours auparavant. — Un petit grumeau de camphre, de la grosseur d'une tête d'épingle un peu forte, fut introduit dans la dent malade, et maintenu à l'aide d'un peu de papier mâché, en ayant soin de tenir les mâchoires rapprochées. — Au bout d'une heure à peine, je ne souffrais presque plus. Je pus me coucher, et je dormis d'un profond sommeil jusqu'au lendemain matin. — Une seule application m'a sofli, quoique les douleurs aient encore persisté quelques jours ; mais elles n'avaient plus rien d'insupportable. Enfin, depuis plus de trois semaines, je suis parfaitement tranquille.

L'une des personnes dont j'ai parlé plus haut a plusieurs dents cariées du côté gauche. Les sangsues, un vésicatoire à la tempe, des pédiluves sioapisés, des cataplasmes de même nature, des pilules calmantes, tout cela fut inutilement employé par son médecin ordinaire. Pendant trois semaines, la malade ne goûta aucun repos. Dans certains moments, elle était en proie à des souffrances si vives, qu'elle se roulait à terre, en jetant les hauts cris... C'est alors qu'elle me fit appeler. Il était huit heures du soir. Un grumeau de camphre fut introduit dans une seule dent. A dix heures, la malade s'endormit, et ne se réveilla qu'à trois heures du matin. Elle souffrit encore un peu dans la journée, mais bien moins que les jours précédcots. — Le soir, à sept heures, nouvelle introduction du médicament. La nuit est parfaite. Le lendemain soir, à la même heure, troisième introduction, par mesure de prudenee uniquement. — Depuis huit jours, eette malade est guérie radiealemeot.

Chez l'autre personne, qui a plusieurs dents eariées également, une seule introduction a suffi pour amener un soulagement complet.

Si les faits de ce genre se confirment et se multiplient, M. Raspail aura bien mérité de la scienee et de l'humanité en indiquant un remède simple, peu coûteux, d'une application facile et autrement efficace que tous ces préteodus *anti-odontalgiques* qui se vendent fort cher, et qui retentissent quotidiennement par la voie des journaux jusque dans le plus petit coin de la France ; il aura rendu un service signalé en trouvant le moyeo d'annihiler des douleurs qui n'oot pas d'égales, comme ne le savent que trop les personnes qui les ont éprouvées dans toute leur intensité. Bellenger, D.-M.,
à Senlis (Oise).

NOTE SUR UN NOUVEAU TOPIQUE POUR COMBATTRE LES ENGELURES.

Il n'est pas de petites choses en pratique; souvent ce qu'on appelle un rien, une minutie, est pour nous ce qu'il y a de plus embarrassant. Qui n'a point en effet hésité en présence des maux les plus simples? Par exemple, les engelures chez les jeunes enfants constituent des affections peu importantes; eh bien ! sait-on ce qu'il faut opposer aux gonflements de cette nature qui affectent les tissus fins, spongieux et comme gélatineux des extrémités? C'est donc dans un but d'utilité que je vous adresse cette note à propos d'un moyen qui me réussit parfaitement en pareille circonstance.

Composition du topique.

Baume de Fioraventi.	2 parties.
Acétate de plomb liquide. . . .	3 parties.
Huile d'olives.	3 parties.
Acide hydrochlorique.	1 partie.

Agitez quelque temps le mélange avant de s'en servir. Cette proportion est celle qui se trouve le plus ordinairement de mise; mais l'on peut du reste accroître ou affaiblir l'activité du remède en augmentant ou en diminuant la quantité d'huile.

Quant au mode d'emploi, le voici. Le soir, en couchant les enfants, il faut oindre avec le liniment les parties affectées, les recouvrir ensuite de papier de soie imprégné aussi légèrement du même liquide, puis enfin envelopper le tout de linges.

On peut en outre, si le cas l'exige, pratiquer une ou deux fois, dans le courant du jour, quelques légères frictions sur les points malades au moyen d'un peu de coton imbibé des mêmes substances.

Ce liniment convient particulièrement pour prévenir l'ulcération des engelures. On peut encore l'employer lorsqu'il n'y a que de petites gerçures. Je m'en suis servi aussi quand les engelures étaient entamées, mais alors je fais enlever l'acide hydrochlorique. Cependant je dois dire que dans ces circonstances, quand la sensibilité des plaies est très-grande, je me contente pour le pansement, soit d'un peu de cérat laudanisé, soit de ce corps gras additionné d'un peu de teinture de benjoin. Néanmoins je prescris toujours sur la périphèrie des plaies des frictions avec le liniment dont j'ai donné la formule.

A. Berton, D.-M.-P.,
Chirurgien de la garde municipale de Paris.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES pratiques sur les maladies de l'oreille moyenne par le docteur Deleau, jeune.

Malgré l'importance de ses fonctions dans l'ordre psycologique, l'organe de l'ouïe, comme les autres sens, du reste, n'a que peu de rapports de sympathies, soit physiologiques, soit pathologiques, avec les autres appareils de l'organisation : en même temps qu'elle tend à réduire le nombre des maladies qui peuvent affecter l'oreille, cette circonstance imprime en général à ces maladies un caractère de simplicité et de bénignité qui a dû pendant longtemps n'appeler sur celles-ci qu'une attention assez superficielle ; c'est en effet ce que démontre l'histoire de la science. Qu'on parcoure les nosologistes les plus complets, on verra que la pathologie auriculaire figure à peine dans leurs cadres, pourtant assez nombreux ; il n'en pouvait être autrement alors que c'était surtout la partie symptomatologique des maladies que l'on étudiait. Allant audelà du symptôme, et recherchant dans l'état de l'organisation même la raison des phénomènes observés pendant la vie, l'anatomie morbide a dû jeter de grandes lumières sur les maladies chroniques surtout, et aussi sur les affections essentiellement locales des organes qui vivent en place, pour ainsi dire, et dont les fonctions s'isolent du reste de l'organisme. C'est là le double caractère et de l'organe de l'ouïe, et de ses affections; voilà pourquoi l'obscurité, qui a longtemps couvert celles-ci, n'a commencé à se dissiper que le jour où les recherches nécroscopiques ont mis à découvert les altérations de circulation ou de texture des parties affectées. La donnée, autant physiologique qu'anatomique peut-être, qui a longtemps échappé, que les modernes peuvent revendiquer sans conteste, parce qu'ils en ont tiré les conséquences les plus fécondes pour la thérapeutique de la surdité, ce sont, d'une part, les relations fonctionnelles de la trompe d'Eustache avec l'organe central de l'ouïe, et, d'un autre côté, les altérations pathologiques de ce conduit dans leurs rapports avec les lésions de la fonction à laquelle celui-ci concourt d'une manière si importante. Venant après plusieurs observateurs qui, en considérant les maladies de l'oreille de ce double point de vue, en avaient incontestablement avancé l'étude, M. Deleau a rendu, lui aussi, quelques services à la science sur ce point; ce sont les résultats de son observation que ce médecin vient de publier dans l'ouvrage dont il s'agit ici. Cet ouvrage se compose de deux parties distinctes : dans

l'une, l'auteur rapporte des faits nombreux et souvent intéressants; dans l'autre, il développe la manière dont il comprend ceux-ci, si l'on veut, les idées théoriques qui lui sont propres : comme ce sont ces dernières surtout qui forment la partie originale de l'ouvrage, celles par conséquent qui tombent de tout droit sous le contrôle de la critique, ce sont elles que nous allons immédiatement examiner. Le cathétérisme de la trompe d'Eustache, tel est le point principal sur lequel M. Deleau veut appeler l'attention des praticiens. A l'eau ou aux liquides de diverse nature que M. Itard employait dans cette opération, notre auteur substitue l'air atmosphérique comme étant plus en harmonie avec la sensibilité spéciale des milieux avec lesquels il le met en contact : après avoir décrit minutieusement cette opération, il rassure le chirurgien sur les difficultés apparentes par lesquelles celui-ci pourrait se laisser arrêter; viennent ensuite les applications qu'on en peut faire, et que l'auteur en a faites aux maladies de l'oreille. Il faut ici soigneusement distinguer les cas où l'auteur propose l'application de la méthode du cathétérisme. Il préconise en effet cette méthode comme moyen de diagnostic de la curabilité ou de l'incurabilité de la cophose, et à la fois comme moyen de guérison de cette maladie. L'absence complète de douleurs, de bruit anormal, lorsque l'air a pénétré dans la cavité tympanique, et aussi la permanence de la surdité au même degré, quand la sonde a été enlevée, tels sont les signes d'où l'on peut induire rigoureusement l'incurabilité de la maladie; il va de soi que sa curabilité se déduit des signes opposés. Tous ceux qui savent le rôle important que joue l'air atmosphérique dans la fonction de l'ouïe concevront la légitimité de cette induction; les expériences de M. Deleau me paraissent d'ailleurs ne laisser aucun doute à cet égard, comme moyen de diagnostic, le cathétérisme de la trompe d'Eustache et l'injection de l'air dans la caisse du tympan par cette voie, c'est donc une innovation utile, importante dans la maladie de l'oreille; mais lorsque l'auteur, étendant l'application de cette méthode, veut en faire sortir un moyen de guérison de ces maladies, arrive-t-il à un résultat aussi satisfaisant? Je ne le crois pas. Dans ce cas, en effet, l'injection de l'air atmosphérique dans la caisse du tympan par la trompe d'Eustache devient surtout un moyen chirurgical, un moyen dilatant par lequel on se propose de rendre au conduit, en partie oblitéré, ses dimensions normales. En lisant avec attention les observations nombreuses rapportées dans l'ouvrage, je ne sais pas s'il en est une seule où il y ait eu guérison ou amélioration marquée de la cophose, et dans laquelle on n'ait fait précéder les injections d'air par les moyens employés ordinairement pour combattre cette maladie, savoir, les anti phlogistiques, les révulsifs, ou l'ablation des

amygdales indurées : or, dans tous ces cas, nous nous demandons si ce n'espoint à ces moyens, et souvent au changement de saison, plutôt qu'aux injections de l'auteur, qu'il faut faire hommage des succès obtenus. Si M. Deleau veut faire admettre une conséquence différente de celle-ci, nous lui conseillons fort d'amasser de nouveaux faits qui parlent mieux en sa faveur que ceux qu'il a publiés. Nous voudrions omettre un long chapitre du livre où l'on traite des effets pathologiques de quelques lésions de l'oreille moyenne sur les muscles de l'expression faciale, sur l'organe de la vue et sur l'encéphale; il y a là une préoccupation de spécialiste qui fait sourire et qui rappelle les rêveries de quelques anciens panthéistes sur les microscomes; pour la dignité de l'art, enfin, nous voudrions que l'auteur se fût abstenu de reproduire avec tous les détails de leur prolixe admiration les lettres de maintes gens qu'il a guéris; nous aimons à voir ainsi que la reconnaissance, cette mémoire du cœur, comme l'a dit un des élèves de l'abbé de l'Épée, ne manque point dans notre pays de France; mais c'est par trop naïf de se faire crier à tue-tête par des sourds qu'on est un grand homme.

ELEMENTS DE MATIÈRES MÉDICALES et de Pharmacie, etc., etc., par M. Bouchardat, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu. In-8° de 715 pages. 1838. Germer. Ballière.

Après de courtes considérations sur la classification des médicaments, l'art de formuler, l'action des substances médicinales, et quelques aperçus généraux sur les divers groupes astringents, toniques, excitants généraux et spéciaux, narcotiques, émétiques, purgatifs, laxatifs, tempérants, émollients, rubéfiants, caustiques et anthelmintiques, l'auteur donne quelques notions pharmaceutiques sur la récolte et la conservation des substances, leur préparation en poudres, sirops, eaux distillées, emplâtres, tablettes, etc.; puis, dans sa troisième section, il aborde la description particulière des diverses substances médicinales réparties dans trois classes différentes qui groupent les matières fournies par les végétaux, les animaux et les minéraux.

En suivant la classification botanique de Jussieu, généralement admise, l'auteur décrit suivant cet ordre toutes les substances que le règne végétal met à la disposition du thérapeutiste. Chaque description entre dans des détails phytographiques suffisants, fait connaître la composition chimique des substances, d'après les analyses les plus exactes et les plus récentes, dont quelques-unes sont dues aux propres travaux de M. Bouchardat. Les préparations formées avec les substances sont

ensuite mentionnées, soit d'après l'excellent ouvrage de M. Soubeiran, soit d'après le nouveau Codex, dont presque toutes les formules sont citées et discutées. M. Bouchardat indique ensuite les doses auxquelles on peut administrer le médicament, et les cas dans lesquels on le prescrit le plus communément.

Un ordre analogue a servi à la description des substances animales et minérales; une table alphabétique fort détaillée termine cet utile ouvrage et rend les recherches que l'on veut y faire extrêmement faciles.

Œuvre d'un pharmacien instruit et initié dans les connaissances médicales, ce livre se recommande aux praticiens par la multiplicité des substances qui y sont indiquées, l'exactitude des descriptions et la précaution que l'auteur a prise d'examiner avec soin les *formules* qu'il fait connaître. C'est aux médecins à classer, sous le rapport thérapeutique, ces riches matériaux, afin de les employer convenablement à remplir les indications nombreuses que présente le traitement des maladies.

M. S.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Hydropisie de Bright ou albuminurie. — Cette affection est beaucoup plus commune qu'on ne le pense généralement : dans un seul service, celui de M. Martin Solon, il s'en est présenté cinq cas en quelques semaines, à l'hôpital Beaujon. Il est vrai qu'ils avaient pu y être dirigés par quelques confrères, justes appréciateurs de l'excellent ouvrage publié sur l'albuminurie par le médecin de Beaujon. L'un des malades est sorti guéri après l'emploi des seuls antiphlogistiques; la maladie était à la première période. Une femme qui vient prendre ses consultations à l'hôpital se trouve bien de l'emploi du muriate d'ammoniaque porté chaque jour à la dose de huit à douze ou quinze grains, et alterné avec les purgatifs. Quoique convaincu de l'utilité des mercuriaux donnés à petite dose, puisque dans son ouvrage M. Martin Solon compte trois cas de succès dans huit cas graves, néanmoins, pour éviter les inconvénients de la salivation, il recherche en ce moment si l'action de quelque autre altérant ne pourrait pas modifier l'état morbide des reins. Deux essais faits avec l'alun porté à la dose d'un ou deux scrupules chaque jour, n'ont point d'effet avantageux marqué. L'hydrochlorate d'ammoniaque semblerait promettre plus de succès. Il en est de cette affection comme de toutes celles que l'on appelle organiques;

c'est en s'occupant du traitement dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie que l'on parvient surtout à l'arrêter et à la guérir. Les antiphlogistiques, les purgatifs et les révulsifs ont, dans ce cas, des succès incontestables, ainsi que le démontrent les observations publiées par l'auteur de l'*Albuminurie*. Espérons que la thérapeutique parviendra à modifier les états plus avancés de la maladie décrits avec soin par M. Martin Solon, et retracés avec fidélité dans les planches qui terminent son ouvrage.

De l'emploi de la chaleur dans le traitement des plaies, suites d'amputation. — L'appareil calorifère, si ingénieusement imaginé et construit par MM. Guyot et Breschet, continue à recevoir dans les hôpitaux une foule d'applications qui, tout en confirmant son utilité dans un certain nombre de cas, la restreignent pourtant, et amènent surtout, ce qui est beaucoup plus important, à préciser de plus en plus exactement les circonstances dans lesquelles ce moyen sera avantageux, et celles où il pourra être nuisible. Pourquoi du reste cette nouvelle idée et les applications qui en découlent auraient-elles le privilége d'échapper aux trois périodes qui, inévitablement, attendent toute théorie, tout système, toute thérapeutique, je veux dire l'engouement, le rejet, et l'examen sérieux, ou la critique raisonnée? Employé récemment chez quatre amputés dans le service de M. Blandin, l'appareil calorifère a donné les résultats suivants. L'individu qui fait le sujet de la première observation est un jeune homme; il n'a eu, chose rare, aucun symptôme fébrile. Une suppuration abondante s'est établie; une portion très-minime de l'os amputé s'est nécrosée; mais il ne reste de tout cela qu'une fistule étroite en voie de guérison. Le deuxième malade, amputé pour une tumeur blanche du genou, était dans un très-mauvais état, soit local, soit général. Il n'y eut pas de fièvre traumatique non plus; jusqu'au 15e jour tout alla très-bien; alors se montrèrent les symptômes d'une résorption purulente qui ne tarda pas à amener la mort. On chercha avec beaucoup de soin les traces d'une phlébite qui n'existait pas dans le membre, mais dans le bassin; les veines du bassin étaient enflammées, suppurantes. Chez le troisième sujet, âgé de dix-huit ans, l'amputation fut promptement suivie de la mort. Chez le quatrième, la jambe avait été broyée par une roue de voiture, et la gangrène s'en était emparée. L'amputation, bien que faite au-dessus de la partie sphacélée, respecta des parties contuses ecchymosées, frappées de stupeur; le moignon se gangrène, les symptômes de la fièvre de résorption apparaissent; le malade meurt; aucune trace de phlébite. On

ne saurait nier que chez les deux premiers malades l'absence de phénomène fébrile ne doive être attribuée à l'appareil calorifère. On ne peut rien conclure du troisième fait, car le malade était dans si mauvais état, qu'il devait nécessairement succomber malgré tous les soins à employer. M. Blandin pense que, pour le quatrième malade, le calorifère a été plutôt nuisible qu'utile, en favorisant la gangrène du moignon frappé de stupeur par l'action de la roue de voiture qui avait écrasé le membre. Dans ce cas, et dans des cas analogues, ne vaudrait-il pas mieux y renoncer? Peut-être y aurait-il lieu de rapprocher l'état des parties dans ces circonstances de ce qu'il est à la suite des congélations complètes ou incomplètes : la chaleur alors, sous toutes les formes, amène presque nécessairement la gangrène ; le froid, au contraire, à la condition d'élever graduellement, mais lentement, la température, réussit au contraire fort souvent. On pourrait donc, par avance, compter sur le succès en employant l'appareil calorifère dans les cas où il y a eu phlegmasie chronique et toutes ses conséquences ; ne pas en attendre, et renoncer à ce moyen dans ceux où une lésion traumatique, violente et spontanée fait recourir à l'amputation. Il y a, du reste, à revenir sur l'emploi de l'appareil calorifère, et pour le cas spécial, et pour la généralité de son application.

De l'appareil inamovible avec la dextrine. — Un certain nombre de cas de fracture et de lésions traumatiques diverses fournissent à M. Velpeau l'occasion d'appliquer souvent l'appareil inamovible suivant son procédé, c'est-à-dire avec des bandes imbibées de dextrine. Il le modifie très-avantageusement dans les cas où, soit en même temps que la fracture, soit consécutivement aux désordres produits dans les os, il se développe une phlegmasie dans les parties molles, dans les gaînes celluleuses, dans les parois qui renferment ces vastes épanchements qu'on observe souvent alors ; quand il survient des phlyctènes, des escarres, ou bien quand des plaies se sont primitivement formées. Une double et difficile indication se présente alors à remplir : 1° empêcher tout mouvement, non-seulement de déplacement étendu de tout un membre, ou d'un segment de membre, mais encore de mouvement en quelque sorte insensible, interstitiel, dû aux contractions cloniques des muscles divisés et irrités. Dans ces cas, et après avoir largement saigné au début, et pendant toute l'acuité des phénomènes inflammatoires, M. Velpeau entoure le membre d'un bandage roulé, sec, qui laisse à découvert les parties enflammées, en suppura-

tion, ou sur le point de se gangrener; de longues attelles de carton mouillé entourent le membre, en laissant les mêmes parties à nu; le bandage imbibé de dextrine maintient le tout, en laissant encore, par des tours obliques, et certaines modifications qui varient autant que les cas spéciaux, les points malades à découvert. Ceux-ci alors peuvent être vus tous les jours, et pansés convenablement. Un malade, âgé de 25 ans, atteint d'une fracture de jambe accompagnée d'un énorme épanchement sanguin, qui plus tard s'est accompagné d'une inflammation intense, est traité suivant ces principes dans ses salles: plusieurs saignées ont été faites, des applications émollientes, etc.; mais rien n'a pu arrêter la marche des accidents inflammatoires; des phlyctèses, des escarres apparaissent, la fièvre, la chaleur sont des plus intenses... Il est bon de noter que le bandage dextriné n'a été appliqué qu'hier, six jours après l'accident; les phénomènes consécutifs ne sauraient donc lui être imputés, pas plus que dans un autre cas analogue observé il y a quelque temps à la Charité; cela est important à dire pour disculper ce moyen dans quelques circonstances où on lui attribue des accidents qu'il n'a pas produits.

VARIÉTÉS.

— *Élection d'un nouveau membre à l'Académie.* — La séance de l'Académie royale de médecine, du 8 janvier dernier, a été consacrée à l'élection d'un nouveau membre dans la section de thérapeutique. Cette vacance avait amené douze demandes. La section de thérapeutique, chargée de présenter à l'Académie une liste de trois candidats au moins et de six au plus, avait porté par ordre alphabétique MM. Bayle, Cazenave, Gauthier de Claubry, Jolly, Miquel, Sandras. Au premier tour de scrutin, les voix ont été distribuées de la manière suivante.

M. Jolly.	47 voix.
M. Gauthier de Claubry.	29
M. Miquel.	24
M. Cazenave.	11
M. Bayle.	7
M. Sandras.	6
M. Delaroque.	3
M. Requin.	1

Aucun des candidats, n'ayant eu la mojorité absolue des suf-

frages, l'on passe à un second scrutin qui donne le résultat suivant :

M. Jolly.	61 voix.
M. Gauthier de Claubry.	36
M. Miquel.	24
M. Cazenave.	8
M. Bayle.	2

Personne n'ayant encore eu la majorité, l'on procède à un scrutin de balotage entre les deux candidats qui ont obtenu le plus de voix : M. Jolly obtient 67 suffrages, M. Gauthier de Claubry 64. En conséquence M. Jolly est nommé membre de l'Académie.

Quelques réclamations se sont élevées contre une irrégularité du scrutin. MM. Lisfranc, Gimelle, Sanson, Chervin, Bouillaud, Rochoux, Merat, ont déclaré le dernier scrutin nul à leurs yeux, attendu qu'il s'était trouvé dans l'urne deux billets de plus qu'il n'y avait de signatures sur la feuille de présence. MM. Gerdy, Roche, Amussat, Desportes, Pariset, Bousquet, ont répondu que des membres arrivés après la signature de la feuille avaient pu voter. Le scrutin a été validé.

— *Instruments en ivoire flexible.* — M. le docteur L. Gutterbouck ayant donné connaissance à M. Charrière de l'emploi que l'on fait en Autriche de bougies en ivoire flexible, cet habile fabricant d'instruments de chirurgie a eu recours à M. Félix Darcet pour connaître par quel procédé on pouvait obtenir un pareil résultat, et d'après ses indications il est arrivé à obtenir des instruments dignes d'être signalés. Les échantillons de sondes, bougies et pessaires en ivoire flexible, fruit des premiers essais de M. Charrière, ont été présentés à l'académie par M. Velpeau. Du reste, MM. Charrière et Félix Darcet continuent leurs recherches pour étendre l'usage du procédé en question.

Nous croyons devoir rappeler aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* les prix que nous avons fondés pour 1839 en faveur des meilleurs mémoires de thérapeutique médicale ou chirurgicale. Le terme du concours est fixé, il ne faut pas qu'ils l'oublient, au 31 mai prochain. Les mémoires doivent porter une épigraphe qui doit être répétée dans un billet cacheté renfermant le nom de l'auteur.

Les prix sont : 1° Une médaille d'or de la valeur de cent cinquante francs et une collection richement reliée du *Bulletin de Thérapeutique* (quinze volumes); 2° Une médaille d'argent et une collection du même journal. — Pour plus de détails voyez les numéros du 15 août dernier, t. XV, p. 73.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES SERVICES QUE LES THÉORIES PEUVENT RENDRE A LA THÉRAPEUTIQUE.

La thérapeutique est, en définitive, le but auquel doivent tendre, dans leurs développements successifs, les diverses branches de la médecine. C'est là en effet le point élevé auquel aspire forcément tout système médical; sans la préoccupation de ce but, toute théorie, toute coordination systématique des faits n'est qu'une vaine et stérile spéculation; sans cette tendance à se réaliser par une méthode thérapeutique, la médecine n'est qu'une branche tout à fait secondaire, dans le grand cercle de l'histoire naturelle; or dans quelle mesure une science pratique doit-elle accepter les inductions théoriques? quel est le signe de leur utilité? C'est ce que nous allons chercher à déterminer.

Quatre idées fondamentales semblent se partager en ce moment le champ si étendu de la médecine systématique. Ces idées sont représentées par l'anatomie pathologique, la doctrine de l'irritation, la méthode numérique et la médecine expectante.

Pour les médecins de l'école anatomique, il ne saurait y avoir qu'une sorte de lésion, une lésion de l'organisation; qu'une seule thérapeutique, une thérapeutique locale, dont le but est de ramener à l'état normal une organisation qui en est actuellement déviée. Si dans les principes de cette école on puise à quelque autre source certaines indications, ces indications ne sauraient jamais avoir qu'une valeur toute secondaire; la maladie est essentiellement locale, la thérapeutique qui s'en déduit doit nécessairement avoir le même caractère. L'anatomie pathologique s'exagérant sans aucun doute l'importance de la donnée qu'elle a introduite dans la science, l'a présentée immédiatement comme la donnée fondamentale de toute médecine rationnelle, et a déclaré, soit formellement, soit implicitement, comme non-avenue toute science antérieure à l'élément qu'elle met en lumière. Une conséquence grave est résultée tout d'abord de cette sorte d'ostracisme: c'est la scission entre la science actuelle et celle du passé. Cependant cette conséquence n'a pas été rigoureusement adoptée, ou pour mieux dire, cette conséquence qui devait amener un changement radical dans la thérapeutique lentement instituée par l'expérience des siècles n'a fait que pousser à rationaliser ce qui jusque-là, à en croire

les anatomistes, n'avait guère d'autre base qu'un aveugle et absurde empirisme. Il y a peut-être bien quelque ingratitude dans ces formes un peu rudes, mais n'importe; ces ménagements forcés prouvent toujours qu'en dehors de l'anatomie pathologique, il est certains éléments de la maladie saisissables, observables; il est certaines lois qui peuvent être formulées, il est une thérapeutique possible, puisque malgré ses prétentions exorbitantes elle ne peut se dispenser de se mettre en harmonie avec les vérités déjà acquises. Cette concession a la plus haute portée, car il en résulte nécessairement que les lésions locales ne constituent pas l'unique source des indications thérapeutiques dans les maladies; qu'au-delà, à côté, à travers ces lésions, il y a des éléments morbides dont la thérapeutique doit tenir compte, que l'observation du passé ne s'est point développée dans le vide, que la véritable philosophie ne consiste pas à nier systématiquement l'ensemble doctrinal que celui-ci nous a légué; mais bien à justifier l'une par l'autre la médecine antique et la médecine contemporaine.

Quelle que soit l'école à laquelle un médecin ait puisé la science, il ne peut point, sans s'exposer à tomber dans les plus déplorables erreurs, ne pas tenir compte des lésions locales que l'anatomie pathologique signale dans les maladies; car il tire certaines indications thérapeutiques de la prévision de ces lésions pendant la vie; indications qu'il modifie, suivant cette prévision plus ou moins probable: mais il y a loin de là à fonder le diagnostic et la thérapeutique d'après les seules données de l'anatomie pathologique; c'est là une conduite qui obtient le double assentiment du raisonnement et de l'expérience.

Pour nous résumer sur ce point: l'anatomie pathologique a mis en lumière un élément important de l'ensemble complexe qui constitue la maladie; la constatation de cet élément fournit certainement des indications pour le traitement, mais il n'annule point les inductions de l'observation antérieure; car cette observation a porté sur des éléments tout aussi réels, quoique moins matériels, que celui que cette dernière science nous fait connaître; que la thérapeutique se place sous le jour de ce nouveau point de vue; mais qu'elle ne change point de nature: qu'elle demeure toujours science d'observation; à ce titre elle accepte tous les faits sans exception.

Passons maintenant à la théorie de l'irritation; elle aussi, elle a prétendu pouvoir légitimement faire découler d'une idée unique toute une thérapeutique. En tant que théorie générale, cette doctrine est jugée: non, il n'est pas vrai que tous les phénomènes pathologiques se résument dans l'augmentation ou la diminution de l'excitabilité normale; non, il n'est

pas vrai que toute la thérapeutique consiste à ramener cette excitabilité à son type physiologique ; mais ce qui est vrai, et ce qui restera dans la science parce que rien ne prévaut contre la vérité, c'est qu'il est un certain nombre de maladies dont un des caractères essentiels consiste dans l'exaltation de ce grand attribut de la vie, et auxquelles s'applique merveilleusement la thérapeutique formulée d'une manière beaucoup trop générale par la doctrine physiologique. Dans ces cas même cependant, l'observation pure et simple a dû rectifier ce que la théorie avait introduit d'erroné dans l'interprétation des faits. L'expérience a confirmé effectivement cette induction de la théorie dont nous parlons, savoir, qu'un certain nombre de maladies avaient pour caractère principal, et à la fois pour point de départ évident, l'accroissement exagéré de l'excitabilité normale ; mais elle n'a pas donné sa sanction à cet autre principe, que toute la thérapeutique doive se subordonner à cette seule lésion. En effet dans un grand nombre de cas la méthode antiphlogistique, appliquée au traitement d'une inflammation locale même, est loin d'épuiser toute la maladie. Souvent, après que, sous l'influence de cette méthode, l'élément fluxionnaire a disparu, l'organe ne revient point à ses fonctions normales, et plus d'une fois c'est à une série de moyens tout opposés à ceux qui ont été employés d'abord qu'il faut recourir pour rétablir le jeu normal de la vie dans son ensemble, comme les conditions physiologiques de l'organe malade. Ce sont surtout les maladies du tube digestif que Broussais a prétendu ranger sous les lois de sa théorie dichotomique ; eh bien ! c'est surtout à ces maladies que s'appliquent les réflexions que nous venons de présenter. Sans parler de certaines fièvres pour lesquelles on peut, sans se compromettre, admettre avec quelques auteurs que le caractère anatomique réside dans l'inflammation des plaques de Peyer, et dans lesquelles cependant on trouve souvent à faire une heureuse application de la médication soit évacuante, soit purgative ou tonique, combien de maladies des organes gastriques qui, jusque-là avaient été vainement soumises au régime antiphlogistique le plus sévère, et qui n'ont cédé que sous l'influence de moyens directement opposés ! Chose digne de remarque, c'est sur le terrain même qu'il avait principalement choisi pour y jeter les bases de son système, que Broussais a vu ses idées le plus victorieusement combattues : il n'y a qu'une manière d'expliquer ce fait, c'est d'admettre que c'est sur ce point que ses idées ont été soumises à une analyse plus sévère.

Toutefois il est une chose incontestable, et sur laquelle l'esprit d'opposition, devenu désormais inutile, ne doit point nous aveugler ; c'est que la théorie de l'irritation, malgré l'importance exagérée qu'elle at-

tribue à la donnée physiologico-anatomique qui lui sert de base, a rendu des services réels à la thérapeutique ; ne voyant dans toutes les maladies qu'un ensemble variable de symptômes, s'irradiant comme autant de rayons autour d'un foyer unique, une irritation locale, et ne puisant ses indications thérapeutiques que là, elle a déterminé mieux qu'on ne l'avait fait avant elle la part réelle de cet élément morbide dans les maladies, et, grâce à elle, nous savons d'une science certaine que, dans certains cas, c'est cet élément unique qui commande la médication, et que, dans un grand nombre d'autres, les indications qui en ressortent se placent en première ligne, bien qu'à côté de celles-ci se placent des indications différentes. Ainsi dégagés du fatras théorique dans lequel ils sont comme enfouis, ces faits ont une haute portée pratique, et la thérapeutique doit s'en emparer comme d'une des plus précieuses acquisitions de la science moderne. C'est là, si nous pouvons ainsi parler, l'état des services directs que la doctrine de l'irritation a rendus à la médecine ; mais elle lui en a rendu d'autres encore, bien que ceux-ci n'entrassent pas précisément dans ses vues. En jugeant toutes les maladies de son point de vue exclusif, l'école physiologique a appliqué à presque toutes ces maladies son unique méthode thérapeutique : la méthode antiphlogistique ; or, par ces tentatives, en cherchant à nous démontrer quelle est la nature de celle-ci, elle a réussi merveilleusement à nous démontrer ce qu'elles ne sont pas. Bien que tout négatif, ce résultat a certainement une très-grande valeur ; ainsi, par exemple, qui pourrait continuer à soutenir que les fièvres essentielles, la fièvre puerpérale, le choléra, l'affection rhumatismale, goutteuse, les scrofules, les tubercules, le cancer, etc., etc., ne soient autre chose qu'une irritation locale ou diffuse ?

Tel est le double service que la doctrine physiologique a rendu à la science : elle a très-bien montré ce que sont certaines maladies, et elle a montré d'une manière non moins évidente ce qu'un beaucoup plus grand nombre de celles-ci ne sont pas. Dans le premier cas la thérapeutique doit suivre la voie tracée ; dans le second cas elle doit s'en écarter, sous peine de s'égarer, et se laisser guider par les principes de l'observation antique, dont les inductions, quoi qu'on en dise, sont encore aujourd'hui le fondement le plus solide de la science.

Deux autres idées, avons-nous dit, aspirent encore à régner exclusivement en thérapeutique : ces idées sont représentées par la méthode numérique et par la méthode expectante. Examinons-en rapidement la valeur pratique.

Malgré l'indépendance dont parfois la médecine se targue, elle ressemble un peu à cette gueuse fière et hautaine dont parle Voltaire.

qui reçoit l'aumône de toutes mains; mais la statistique, qui, appliquée aux diverses branches de l'économie politique, peut devenir un admirable instrument de rigoureuse appréciation, ne peut que dans un très-petit nombre de cas s'appliquer aux faits dont se composent les sciences médicales; les maladies ne sauraient s'additionner comme des bottes de foin, des pains de sucre ou des moutons-mérinos; ici on peut supposer une identité qui n'existe pas sans que cela tire à conséquence; en médecine, on ne peut supposer cette identité-là où elle n'est point sans qu'il n'en résulte les conséquences les plus graves, car ces conséquences se convertissent immédiatement en actes qui, s'ils ne rencontrent pas l'identité supposée, sont funestes. On n'a point eu encore à signaler de si déplorables résultats; c'est que la logique des chiffres n'a point encore asservi l'intelligence des modernes Pythagores, qui feraient volontiers des nombres le principe général des choses; c'est que, par une heureuse inconséquence, ils agissent au lit des malades suivant les enseignements d'une expérience plus philosophiquement appréciée. La statistique ne conduira à aucun résultat en thérapeutique; elle trompera quelques esprits par ses fausses apparences de rigueur et de positivisme; elle épaissira encore les ombres du chaos. On se plaint chaque jour de la stérilité luxuriante de la littérature médicale : la statistique permet de parler et d'écrire à ceux qui ne pensent pas; quelle bonne fortune pour la nullité vaniteuse!

Au bout, et comme conséquence finale de ces diverses erreurs, arrive la médecine expectante; si l'on entend par là une sage et prudente temporisation, si sous ces mots on comprend implicitement une nature active, puissante, dont le médecin doit constamment diriger les efforts, en les réprimant ou en les secondant suivant les cas, nous n'avons rien à dire contre cette médecine, car c'est la véritable science; mais si, par médecine expectante, on entend la négation de toute thérapeutique, nous invoquons hardiment contre une telle assertion les résultats de plus de trois mille ans d'expérience.

Nous terminerons ici cet article. Dans un moment où les idées les plus hardies fermentent dans les esprits et tendent à s'incarner dans la pratique, nous avons pensé qu'il était bon de réduire ces idées à leur juste valeur, de montrer le lien qui les unit, à l'insu de leurs auteurs peut-être, et surtout de faire voir qu'à côté de ces idées, qu'on voudrait tout à coup nous faire accepter comme l'unique source d'une thérapeutique rationnelle, il y a une thérapeutique qui en est indépendante. Si nous avons réussi dans notre entreprise, nous aurons jeté de nouveau quelques lumières sur le but élevé que se propose le *Bulletin de thérapeutique*, savoir, de défendre la science contre les

erreurs qui l'assaillent de toute part, et de fonder la médecine pratique sur ses véritables bases, l'observation.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR QUELQUES REMÈDES ACTIFS ADMINISTRÉS A DOSES EXTRAORDINAIRES (1).

Dans un travail publié l'an dernier sous le même titre dans le *Bulletin de thérapeutique* (tome XIV), nous avons produit quelques observations constatant la tolérance de certains organismes à l'égard de quelques médicaments héroïques. Nous l'avons fait dans le but de prémunir les praticiens contre la nosologie sacramentelle des ouvrages classiques, et pour leur rappeler l'obligation d'étudier chaque individualité morbide sous le triple point de vue : 1° de l'idiosyncrasie du malade; 2° des conditions de la maladie; 3° des qualités intrinsèques du remède. En effet, on oublie trop souvent que ces trois termes, sujet, maladie et remède, sont des éléments essentiellement variables qui, chacun à part, et dans les combinaisons infinies qu'ils peuvent offrir, réclament une analyse toute particulière. Dans le travail actuel, nous poursuivons notre tâche, non pas pour offrir des règles générales à suivre, mais au contraire pour signaler des exceptions et faire entrevoir la limite extrême que la thérapeutique peut atteindre dans l'emploi de certains agents énergiques. En cela, nous ne sommes pas mu simplement par le désir de faire connaître des *cas rares*, des prodiges anormaux, sans utilité pour la pratique par conséquent; nous désirons plutôt que le lecteur puisse tirer de nos faits quelques inductions scientifiques que nous nous réservons de formuler comme corollaires de ce qui va suivre.

Antimoniaux à haute dose.

Nous devons à l'école italienne une révélation aussi précieuse qu'étonnante : c'est cette tolérance dont nous parlions plus haut, cette propriété négative que possèdent quelques médicaments d'agir moins fortement, ou du moins de déterminer des troubles moins apparents administrés en grande quantité qu'à faible dose. Le premier, Laënnec, en France, s'est emparé de ce fait d'observation pour le naturaliser parmi nous; mais bien des praticiens encore sont pénétrés de l'idée, fort sage d'ailleurs, que, même en adoptant le principe, il serait très-dangereux de dépasser certaines limites. Pour ce qui est du tartre stibié, par exemple, il est rare que dans la pratique on dépasse la quantité de six

(1) Tartre stibié; kermès minéral; grenadier; iode; saignée.

à vingt grains; et pourtant Rasori et Laënnec lui-même nous ont appris que cette limite peut être dépassée sans danger, sauf, toutefois, la surveillance que le praticien doit toujours exercer, même à l'égard des remèdes dont l'action est le mieux connue. Le fait suivant, qui, je le répète, n'a rien de bien nouveau pour les médecins au courant de la science, va venir à l'appui de ces réflexions.

Obs. I. Un homme de quarante ans, de forte constitution, boucher, entre à la clinique le 30 novembre 1838, affecté d'angine tousillaire de moyenne intensité, laquelle se résout assez promptement sous l'influence d'un vomitif, d'un gargarisme alumineux et de quelques scarifications sur les amygdales; mais bientôt le malade accuse des douleurs dans les membres et nous découvrons un rhumatisme occupant la plupart des grandes articulations, qui sont gonflées, douloureuses, sans rougeur notable et sans mouvement fébrile intense. Plusieurs saignées générales et locales, les topiques émollients ne procurent qu'un soulagement incomplet et passager.

Le 5 décembre, nous prescrivons l'émétique à la dose de huit grains dans une potion; il survient plusieurs évacuations par haut et par bas, le premier jour; nous continuons l'émétique, la tolérance s'établit les jours suivants.

Le 9, le malade est très-bien; on suspend la potion.

Le 15, le gonflement et la douleur articulaires se réveillent de nouveau et résistent à plusieurs évacuations sanguines.

Le 18, on reprend la potion stibiée à huit grains.

Le 20, dix grains; le 21, quinze grains. Il ne reste qu'un peu de raideur à l'épaule droite, pouls à quatre-vingt-douze, peu développé; une selle naturelle, le quart d'aliments.

Nous aurions pu raisonnablement nous en tenir à cette dose, mais, désirant savoir jusqu'où pourrait aller la tolérance, nous portons :

Le 22, l'émétique à vingt grains; le 23, trente grains; le 24, quarante grains; le 25, soixante grains; le 26, soixante-douze grains (un gros); état stationnaire, pas le moindre dérangement des voies digestives; la langue est humide et blanchâtre; le malade mange toujours le quart; cependant, comme il éprouve beaucoup de dégoût pour sa potion, nous ne poussons pas plus loin l'expérience.

Ainsi, dans l'espace de dix jours, ce malade a pris trois gros environ de tartre stibié, sans aucun accident. Il semblerait que cette médication énergique dût assurer la guérison; point : trois jours après, le 30, les genoux se prennent de nouveau, puis les pieds; le pouls redevient fébrile; deux saignées locales procurent peu d'amendement; la douleur

s'étend aux épaules, aux coudes, aux poignets. Le 2 janvier 1839, nous tentons le vin de colchique à doses réfractées (1).

Prenez vin de colchique. . . . . . . 1 gros.
Infusion de camomille. . . . . 4 onces.
Eau de laurier cerise. . . . . . 1 gros.

à prendre par cuillerées d'heure en heure; aucun effet.

Le 3, vin de colchique, deux gros. Point d'action appréciable.

Le 4, vin de colchique, une once dans la forme ci-dessus. Neuf selles, point de vomissements.

Le 5, soulagement marqué, *ut suprà*. Plus de vingt selles.

Le 6, amélioration progressive. Moitié de la potion, diarrhée continuelle.

Le 7, il ne reste qu'un peu de douleur à l'épaule, sans fièvre. Le malade est très-fatigué par la diarrhée; nous nous bornons à une cuillerée de la potion, de trois en trois heures.

Le 8, le malade n'a pris que trois cuillerées et n'a eu que deux selles; il est parfaitement bien, sauf un peu de fréquence du pouls; le quart d'aliments.

Les jours suivants, deux à trois cuillerées; deux selles par jour.

Le 11, convalescence complète; nous suspendons la potion.

De l'observation qui précède ressortent les résultats suivants : rhumatisme articulaire aigu, général, peu fébrile, traité sans beaucoup d'amélioration par la méthode ordinaire (saignées modérées). Vers le douzième jour, tartre stibié à doses énormes, soulagement prompt; récrudescence peu de jours après la suspension; vin de colchique à dose altérante, sans effet; à dose purgative, soulagement prompt; guérison au bout de cinq semaines.

Si l'on n'a égard qu'à la durée de la maladie, on pensera que ce rhumatisme a parcouru tout simplement les périodes naturelles, malgré les remèdes; mais si l'on étudie l'effet immédiat de ces remèdes, on reconnaîtra : 1° que les saignées modérées ont procuré peu de soulagement; 2° que l'émétique à haute dose a soulagé, mais qu'il y a eu récidive; 3° que le vin de colchique a promptement soulagé aussi, et que s'il n'y a pas eu récidive, c'est que peut-être la maladie touchait à sa fin, était usée en quelque sorte. Cette opinion est fondée sur quelques faits

---

(1) Voici la composition de ce vin de colchique :

Prenez : semences de colchique, deux onces; faites torréfier et concassez; faites macérer dans vin blanc de bonne qualité, une livre.

Ce vin est fortement purgatif à la dose d'une once par jour par la formule qui suit.

que nous possédons et où le vin de colchique a été suivi de récidive, aussi bien que la saignée et l'émétique. Cela soit dit pour faire voir que la récidive a lieu tout aussi bien après le traitement par le tartre stibié ou le colchique qu'après celui par les saignées, qu'on a voulu présenter comme exposant spécialement à ces récidives.

J'entendais, il y a dix ans, M. le professeur Chomel raconter comme fait extraordinaire que le kermès minéral donné par lui à la dose de trente ou quarante grains, je crois, n'avait donné lieu à aucun trouble de l'économie, et je me rappelle que cet habile professeur eut soupçon alors que son kermès était de mauvaise qualité. Depuis cette époque on a reconnu que cet antimonial était sujet à tolérance, comme l'émétique. Ceux qui savent ce que coûte l'observation paieront un tribut d'éloges au travail publié dernièrement par le docteur Toulmouche sur les effets physiologiques de ce médicament. Il résulte des faits nombreux recueillis par cet observateur que le kermès fait vomir ou purge à la dose de deux à cinq grains, mais qu'au delà il n'occasionne plus aucun trouble digestif. Or, nous avons voulu savoir à quoi nous en tenir sur ce point comme sur d'autres, et nos résultats ont été conformes à ce qui précède; nous donnons en abrégé le fait suivant comme échantillon.

Obs. II. Un homme de cinquante-cinq ans, émacié par une affection de poitrine chronique, traité récemment d'une rétention d'urine par paralysie incomplète de la vessie, entre à la clinique le 21 octobre 1838. Toux, dyspnée, crachats puriformes, râles abondants, matité sous-claviculaire. Pouls peu fréquent, intégrité des organes digestifs, sauf un peu de constipation; urines difficiles. Boissons adoucissantes, narcotiques, laxatifs, vésicatoires, polygala, lichen, etc. Chaque nuit la dyspnée augmente, les bronches étant obstruées de mucus dont l'abondance permet de percevoir le râle trachéal à distance. L'expérience clinique nous ayant démontré que le meilleur des désobstruants est l'émétique à haute dose, nous prescrivons, le 19 décembre, une potion stibiée à six grains. Le malade est un peu soulagé; mais, effrayé par les vomissements et les selles, il refuse de continuer la potion; nous y substituons, le 21, une potion gommée avec kermès quatre grains; vomituritions. Le 22, six grains; le 26, quinze grains; le 27, trente grains; le lendemain, 28; nous portons subitement le kermès à soixant-douze grains (un gros) qui sont parfaitement tolérés comme les doses précédentes: point de vomissements, une ou deux selles normales par jour; pouls immobile, mais l'engouement des bronches persiste, la dyspnée augmente chaque nuit. Nous suspendons une médication inutile. Le malade, s'affaiblissant graduellement, finit par succomber dans le marasme, le 2 janvier 1839; poumons farcis de tubercules, bronches engorgées de

mucus puriforme. Bien que ce fait, joint à ceux publiés par M. Toulmouche, n'ait, en apparence, d'autre signification thérapeutique que l'innocuité du kermès à haute dose, on peut cependant en inférer cette considération assez importante : que l'usage où l'on est d'administrer le kermès à la dose d'un à deux grains, dans une potion, bien qu'il n'ait été institué dans le principe que pour éviter les accidents qu'on redoutait par des doses plus élevées, que cet usage, disons-nous, est fondé en raison, puisqu'à ces doses légères le kermès manifeste plus d'action physiologique que lorsqu'on l'administre en plus grande quantité. Seulement, son action paraît rentrer alors dans celle des dérivatifs, en tant qu'il agit comme stimulant des surfaces digestives.

Écorce de racine de grenadier à haute dose.

L'observation suivante est un supplément à notre travail publié l'an dernier dans le *Bulletin de thérapeutique* sur le traitement du tænia.

Obs. III. Une fille de vingt-quatre ans, blonde, lymphatique, servante à l'hôpital, est affectée du ver solitaire depuis son enfance; elle a subi divers traitements sans résultat satisfaisant. Ayant eu connaissance des guérisons publiées dans le travail susdit, elle vient réclamer nos soins à la clinique, le 25 juin 1837. Cette fille raconte qu'elle se sent incommodée, surtout depuis six mois; que depuis lors elle éprouve des douleurs vagues dans l'abdomen, des nausées, parfois des vomissements. Les selles contiennent de temps en temps des fragments de ver que nous reconnaissons provenir du tænia solium; l'appétit est très-variable, quelquefois vorace, parfois nul. La malade s'aperçoit qu'elle maigrit. Cependant elle conserve de la fraîcheur; les menstrues sont régulières, pouls normal.

Le 26 juin, nous prescrivons : écorce de racine de grenadier concassée, deux onces; faites bouillir dans l'eau deux livres; faites réduire à une livre et demie; à prendre en trois doses, à demi-heure d'intervalle. La potion ne produit aucun effet; un lavement purgatif administré le soir occasionne une selle peu abondante, contenant quelques fragments de ver.

Le 27, nous prescrivons de nouveau la même décoction avec trois onces de grenadier. Les deux premières doses occasionnent des nausées; la dernière est vomie immédiatement après son injection. Plusieurs selles surviennent et donnent lieu à l'expulsion de plusieurs pelotons de ver. L'ensemble de ces masses constitue deux vers entiers reconnaissables aux deux têtes qui ont été rendues. L'ensemble des fragments donne une longueur d'environ soixante-douze pieds.

Le 28, état satisfaisant, point de diarrhée, point de coliques, un peu

de sensibilité à la pression de l'épigastre ; point de fièvre ; nous prescrivons, par précaution, sangsues au nombre dix à l'épigastre ; limonade tartarique.

La malade sort le 29, trois jours après son entrée, complétement débarrassée de ses deux énormes vers solitaires, ce qui prouve l'impropriété de ce dernier mot. Elle a pris en deux jours la décoction de cinq onces d'écorce de racine de grenadier, sans aucun accident. Il y a tout lieu de croire qu'elle est guérie pour toujours, du moins n'avons-nous plus entendu parler d'elle. Pour la plupart des considérations relatives au traitement du tænia, voyez l'article sus-mentionné. Les faits qui s'y trouvent joints au fait actuel devront encourager les praticiens à franchir les limites posées par les formulaires, c'est-à-dire la dose d'une à deux onces.

Iode à haute dose.

Depuis que M. Coindet a répandu l'emploi thérapeutique de l'iode, les praticiens n'usent qu'avec circonspection d'un remède qui, à certaines doses, peut déterminer des accidents plus ou moins graves, en raison de son action irritante et toxique. Cependant le docteur Buchanan, de Glascow, a publié, en 1836, dans la Gazette Médicale de Londres, un travail très-remarquable, reproduit par quelques journaux français, et dans lequel on voit que l'iode associé à l'amidon (iodure d'amidon) a pu être administré journellement à l'énorme dose de soixante-douze grains et plus, sans aucun accident. Nous étions trop curieux de vérifier ce phénomène pour ne pas saisir la première occasion favorable d'expérimenter, sinon la vertu curative, au moins l'innocuité de l'iode à cette dose.

A l'époque où nous eûmes connaissance du travail de M. Buchanan, nous avions dans nos salles un sujet dont voici l'histoire abrégée.

Obs. IV. Homme de dix-sept ans, assez bien constitué, blond, pâle, affecté de turgescence lymphatique, lèvre supérieure épaisse, bouffissure de la face, portant de volumineuses tumeurs ganglionnaires aux régions parotidiennes, avec cicatrices, des ulcères scrofuleux sur le sternum et un abcès froid à la partie inférieure externe du bras droit.

Le 6 décembre 1837, nous prescrivons :

Prenez iode. . . . . 24 grains.
amidon en poudre. . . . . . 1 once.

triturez l'iode avec un verre d'eau ; mêlez exactement à l'amidon. Délayez dans décoction de riz une livre, à prendre en quatre tasses, dans la journée.

Pommade d'iodure de potassium pour panser les ulcères et frictionner l'abcès du bras. Trois quarts d'aliments.

L'iodure d'amidon est parfaitement supporté :

Le 8, iodure d'amidon une once et demie, continué les jours suivants.

Le 13, même état : iodure d'amidon deux onces (iode quarante-huit grains).

Le 18, id., deux onces et demie.

Le 23, voulant nous assurer que le remède est absorbé, nous inspectons les matières fécales qui présentent une couleur normale. L'examen des urines donne les résultats suivants : traitant le liquide par l'acide nitrique et recouvrant d'un papier blanc, celui-ci se colore en jaune. Le papier blanc, préliminairement enduit d'amidon, prend une couleur bleu foncé. Nous répétons ces expériences plusieurs jours de suite et acquérons ainsi la certitude que l'iodure d'amidon est entièrement absorbé.

Le 24, iodure d'amidon trois onces, état stationnaire.

Le 27, les ganglions peri-maxillaires paraissent augmenter de volume et se ramollir.

Le 30, un peu d'élévation et de fréquence du pouls, sans accidents digestifs ou autres : petite saignée, un peu dans le but de juger de l'état du sang : caillot volumineux, consistant, plastique, normalement coloré, mais non couenneux. L'iodure est continué à la même dose.

Le 3 janvier 1838, un peu de malaise, céphalalgie, chaleur et sueur. Cet état n'existe plus le lendemain.

Le 8, état stationnaire : iodure d'amidon 4 onces (iode, quatre-vingt-seize grains). On exerce sur les tumeurs une compression modérée au moyen de compresses graduées.

Les jours suivants, l'état général ne paraît pas sensiblement modifié. Les urines contiennent toujours beaucoup d'iode.

Le 22, céphalalgie, chaleur générale, fonctions digestives en bon état, point d'amaigrissement sensible. Même dose d'iodure d'amidon.

Le 24, céphalalgie, chaleur, toux sèche. L'état général et local n'étant pas sensiblement amélioré et craignant l'excitation produite par l'iode, dont le malade est extrêmement dégoûté, sa tisane constituant une espèce de bouillie, nous suspendons le remède après quarante-huit jours d'administration, pendant lesquels le malade a pris cent trente-neuf onces ou près de neuf livres d'iodure d'amidon, représentant trois mille trois cent trente-six grains ou près de six onces d'iode; ou près de soixante-six grains ou environ un gros par jour de cette substance active.

Après divers autres moyens employés sans plus de succès que le précédent, le malade retourne chez lui après trois mois de séjour à l'hôpital.

Quelque remarquable que soit cette tolérance de l'économie pour l'iode administré sous cette forme, nous craignons bien, malgré les espérances données par M. Buchanan, que la curabilité des scrofules n'en soit pas considérablement facilitée. M. Lugol aussi vantait ses résultats, et pourtant..... Néanmoins, c'est un grand avantage que d'avoir découvert un mode de préparation qui permette sans danger l'ingestion d'aussi fortes doses d'un médicament réputé toxique à très-petite quantité (deux à quatre grains).

Nos doutes, nous prions de le croire, sont moins fondés sur le fait unique que nous produisons que sur la conviction où nous sommes que le traitement curatif et radical des scrofules repose principalement sur une sage application des règles de l'hygiène.

Nous voulions placer ici quelques observations de phthisie pulmonaire traitée par l'acide hydrocyanique à haute dose; mais les limites de ce journal nous obligent à traiter à part cette question importante.

Saignée à haute dose.

Des praticiens de toutes les époques, Gallien, Sydenham, Botal, Chirac, ont essayé de doser la saignée; prétention ressuscitée dans ces derniers temps et vivement combattue. Cependant la saignée est un moyen thérapeutique, consistant dans la soustraction au lieu de l'addition d'un agent modificateur de l'économie, et à ce titre on comprend qu'elle puisse être formulée comme tout autre remède, ou plutôt que tout autre remède ne puisse être formulé d'une manière plus absolue que la saignée. Quoi qu'il en soit, il s'agit ici de tolérance, et le fait suivant offrira, j'espère, un exemple frappant de la capacité de certains organismes à l'égard des évacuations sanguines. Qu'on veuille bien se rappeler que nous mentionnons ici des faits exceptionnels, et qu'on n'aille pas prendre le cas dont il s'agit pour le criterium de notre pratique journalière. Si, dans cette circonstance, nous sommes sortis des voies ordinaires, nous serons justifiés, je pense, par la rationalité de notre conduite et surtout par le succès.

Obs. V. Hirtet, âgé de trente ans, de superbe constitution, tempérament sanguin, entre à la clinique le 25 juin 1838. Il raconte qu'ayant pris un bain froid, le 17, il ressentit bientôt après des frissons suivis de douleur et de chaleur dans les genoux et les poignets. Le 18, douleurs plus vives, propagées aux pieds, aux coudes, aux épaules, parties qui

deviennent rouges et tuméfiées; anorexie, soif vive, diaphorèse. Le 19 une saignée; le 20 nouvelle saignée; tisane émolliente.

Le 23, à son entrée, toutes les grandes articulations sont vivement entreprises; pouls à cent, développé, résistant. Le premier bruit du cœur est sensiblement soufflé. Diaphorèse, intégrité des autres appareils. Saignée de douze onces; un peu de délire la nuit.

Le 24, même état que la veille. Deux saignées de douze onces chacune dans la journée (sang de la première saignée fortement couenneux). Un peu de sommeil dans la nuit.

Le 25, le gonflement et la douleur articulaire sont un peu diminués. Pouls à cent, développé. Bruit de lèchement péricardiaque, sans voussure ni matité; douleur précordiale. Deux saignées. Solution de gomme, loch. (Sang de la première saignée fortement couenneux.)

Le 26, état de la veille, plus de matité, souffle, égophonie en arrière, à gauche et en bas du thorax. Quarante inspirations par minute, pouls à cent, développé, constipation; diaphorèse continue. (Il existe à la fois rhumatisme général, endopéricardite et pleurésie.) Deux saignées, vingt sangsues à la région précordiale. Potion stibiée à six grains (sang couenneux, nausées, quatorze selles).

Le 27, articulations dégagées, éruption miliaire abondante (diaphorèse), bruits du cœur presque normaux, pleurésie persistante. Pouls à cent; trente sangsues au thorax; potion stibiée; le soir dyspnée considérable, saignée (sang couenneux, pas de selles).

Le 28, état de la veille, poignets douloureux, pouls à cent dix. Saignée, potion stibiée à douze grains (sang couenneux).

Le soir, accablement, forte dyspnée, pouls dur, fréquent; développement. Trente ventouses scarifiées au thorax (trois selles, un vomissement).

Le 29, articulations libres, moins de dyspnée, pouls à cent dix, souffle thoracique, premier bruit du cœur un peu râpeux. Potion stibiée. Le soir exacerbation, saignée de douze onces (sang couenneux, trois selles).

Le 30, comme la veille au matin; quinze sangsues au sternum, vésicatoire au côté gauche du thorax; loch avec oxyde blanc d'antimoine un dragme.

Le 1[er] juillet, *ut suprà*, vingt ventouses scarifiées au thorax; oxyde blanc d'antimoine, deux dragmes.

Le 2, pilules laxatives de calomel et résine de jalap, de chaque six grains (quatre selles). Les exacerbations avec forte dyspnée reviennent chaque soir.

Le 3, vésicatoire à la cuisse, fraisier nitré, oxyde blanc, deux dragmes;

le soir dyspnée considérable, pouls fréquent, développé, diaphorèse. Sudamina; saignée (sang fortement couenneux), vingt sangsues au thorax; soulagement.

Le 4, pouls à cent vingt, large. Cœur tumultueux, douleur précordiale, trente-six inspirations, matité, souffle thoracique persistant. Le malade s'inquiète de son état. Vésicatoire à la région précordiale, loch avec teinture de digitale, vingt-quatre gouttes; lavement purgatif.

Le 5, même état : frictions mercurielles sur l'abdomen et le thorax (deux gros, quatre fois par jour; calomel, quatre grains avec poudre de sucre, en quatre paquets à prendre dans la journée; loch avec digitale).

Les signes d'endocardite et de pleurésie persistent les jours suivants, avec exaspération alarmante; le soir, même traitement.

Le 8, le malade paraît soulagé : pouls à cent douze, régulier; respiration plus libre. *Ut suprà*, semouille pour aliment.

Le 11, l'amélioration se prononce davantage. *Ut suprà,* moins de calomel.

Le 14, état satisfaisant, pouls à quatre-vingt-dix, point de bruits anormaux du cœur, légère dyspnée, un peu de souffle thoracique, gencives douloureuses; on suspend les frictions mercurielles; solution de gomme, loch digitale. — Un œuf.

Les jours suivants le malade entre en convalescence, sauf un peu de fréquence du pouls et de matité thoracique.

Il sort le 9 août, parfaitement rétabli, après environ cinquante jours de maladie.

Cette terrible maladie nous a causé d'autant plus d'inquiétudes que si le sujet eût succombé à sa triple affection, les treize saignées qu'il a subies eussent été passibles de ce résultat funeste; et pourtant, chaque fois que nous en prescrivions une nouvelle, nous la trouvions indiquée par la violence de la réaction et l'état couenneux du sang qui s'est montré tel jusque dans la dernière. C'est au mercure cependant que nous croyons devoir attribuer l'heureuse solution de la maladie, mais la vie se fût-elle maintenue jusque-là sans l'énergique médication antiphlogistique opposée aux trois phlegmasies congénères? Quoi qu'il en soit, ce malade a subi treize saignées générales de douze onces et cent vingt-cinq sangsues ou ventouses, que nous supposons avoir extrait, au minimum quatre livres de sang, ce qui forme un total de quatorze livres de sang évacué en quatorze jours. Des treize saignées générales, dix ont été pratiquées en six jours (du 25 au 29 juin), plus trois saignées locales. Ceci n'a rien d'étonnant pour qui connaît l'histoire de la saignée; mais ce qu'il est bon de rappeler aux contemporains, c'est, sinon l'avantage, au moins l'innocuité, dans certains cas, de ces énormes

pertes sanguines : jamais une lypothymie, pas le moindre souffle carotidien, pas le plus léger œdème des extrémités ; convalescence rapide, et trois mois après le malade est venu me voir, vigoureux et fleuri comme jamais.

Des faits contenus dans notre travail précédent et dans celui-ci, faits auxquels nous pourrions en ajouter d'autres, il surgit de nombreuses moralités. Pour le moment, nous nous bornons à l'énoncé de quelques-unes.

1° Les extrêmes dans les doses des médicaments sont aussi variables que les susceptibilités individuelles, aussi variables que l'intensité, l'opiniâtreté, les complications des maladies, aussi variables que les qualités intrinsèques des médicaments.

2° Les auteurs, en posant les limites des doses, n'ont eu en vue que le fait général, et encore se sont-ils souvent trompés sur la tolérance des organes à l'égard de certains médicaments : témoin, les antimoniaux.

3° Dans l'administration d'un remède quelconque, le praticien doit tâter à la fois le sujet et le médicament, et graduer les doses avec une hardiesse qui n'exclut pas la prudence; car souvent, comme dans les narcotiques en général, l'effet thérapeutique sera subordonné à l'effet physiologique, et si vous ne vous êtes pas assuré de la portée du médicament, vous pourrez attribuer certains résultats curatifs à certains agents inertes ou peu s'en faut.

4° L'expérimentation poussée aux limites extrêmes est un des meilleurs moyens de mettre à nu les propriétés réelles de certains remèdes. Souvent on accuse un médicament d'inertie parce qu'on s'est maintenu en deçà des limites de son efficacité pour se produire.

Voilà des propositions qu'on pourra contester dans quelques-unes de leurs applications, mais dont les praticiens, nous l'espérons, voudront bien reconnaître la valeur en thèse générale.

Forget,
Professeur de clinique à la Faculté de Strasbourg.

DE L'EMPLOI DE L'ACIDE HYDROCYANIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE.

L'acide hydrocyanique, cette substance redoutable qui tue avec la rapidité de la foudre, pour peu qu'on en prenne une dose assez forte, a été employée, depuis déjà plus de trente ans, comme un agent thérapeutique énergique dans des maladies très-graves, notamment par Borda

et Brera. M. Fantonetti, professeur de clinique à Pavie, vient d'expérimenter de nouveau les effets de ce terrible remède contre des affections chroniques de la poitrine, et contre des maladies d'un autre genre, avec un succès véritablement étonnant. Nous ne parlerons pas de tous les cas très-nombreux où l'acide hydrocyanique a réussi entre les mains du professeur de clinique de Pavie; nous nous bornerons à suivre son action curative dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Ce que nous dirons de ses bons effets dans une affection qui laisse aussi peu de chances à la pratique médicale suffira pour faire apprécier toute la portée thérapeutique de ce redoutable agent. Citons deux ou trois observations seulement.

Obs. I. M. G....c, âgé de cinquante et un ans, avait souvent essuyé des bronchites et des pleurésies; vers la fin de 1837, il eut une nouvelle bronchite, qui fut traitée et guérie à l'aide des antiphlogistiques. Au commencement de l'année suivante, la même toux se reproduisit, et se présenta dès lors sous une forme chronique; il s'y joignit une fièvre type intermittent, qu'on attaqua sans succès par l'antipériodique. On prescrivit concurremment des évacuations sanguines et l'ipécacuanha à petite dose, et tout cela inutilement. A la fin de février le malade se trouvait dans l'état suivant : toux, crachats copieux et un peu fétides, jaunâtres, très-visqueux, dyspnée, respiration abdominale, soif, insomnie, peau sèche et chaude, pouls petit et fréquent (cent dix-huit pulsations), exacerbation fébrile le soir, jamais le matin, amaigrissement constant, absence du bruit respiratoire dans tout le lobe inférieur gauche, respiration puérile et bruyante dans la partie antérieure, avec râle muqueux crépitant; bronchophonie légère, pectoriloquie en arrière, percussion très-matte à la partie inférieure du thorax. On diagnostique une pneumonie chronique avec tubercules miliaires, une induration à gauche et hépatisation imminente. On employa pendant une quinzaine, et de diverses manières, la digitale, l'aconit, l'eau de laurier-cerise et les vésicatoires : tout cela sans succès. C'est alors qu'on a permis l'usage de l'acide hydrocyanique; on l'administre d'abord à la dose de trois gouttes dans un loch. En augmentant de jour en jour le nombre des gouttes, on en porte la dose, au bout de six jours, à sept gouttes toutes les vingt-quatre heures. Au bout de ce temps l'amélioration a été notable : les crachats, la fièvre et les sueurs ont diminué; on suspend le médicament pendant un jour, ensuite on y revient à la dose de six gouttes, puis de huit; huit jours plus tard ce malade était déjà sans fièvre, les crachats simplement muqueux, la toux légère. Enfin après quelques semaines de plus de l'usage de l'acide

hydrocyanique, tous les symptômes disparaissent, les forces renaissent, et la guérison est parfaite, sans aucun nouveau retour.

Ici la phthisie pulmonaire commençait à peine, et cette phthisie était sous la dépendance d'une pneumonie chronique bien caractérisée. Ce qui ne l'était pas du tout, ou plutôt ce qu'on a supposé sans aucune preuve matérielle, c'est la présence des tubercules miliaires. Au surplus on sait depuis longtemps, malgré l'opinion erronnée de quelques observateurs modernes, que la phthisie pulmonaire n'est pas seulement produite par la présence des tubercules; qu'elle succède dans beaucoup de cas aux phlegmasies chroniques de l'appareil respiratoire, et que, dans d'autres cas, on la voit se former quand on ne peut reconnaître aucune trace de phlogose. Ici, évidemment, la phthisie commençante était entretenue par une inflammation chronique des poumons; les signes caractéristiques, c'était le progrès de l'amaigrissement, les sueurs nocturnes, la diminution graduelle des forces, la toux continuelle. On a eu recours à une foule de moyens plus ou moins rationnels avant d'en venir à l'acide hydrocyanique; mais ce n'est qu'à dater de l'emploi de cet agent que la maladie s'est arrêtée, qu'elle a rétrogradé ensuite, et qu'elle a fini par céder. Tout porte à croire, d'après l'inutilité des autres moyens curatifs, que cette phthisie commençante aurait eu la terminaison trop ordinaire de ces affections, si M. Fantonetti n'eût réussi définitivement à soumettre ce malade à l'action de cet acide. Dans l'observation qui suit il n'y avait pas la même incertitude dans le diagnostic de la maladie, la phthisie étant bien manifestement tuberculeuse; et nous ajoutons qu'elle était assez avancée pour qu'on dût très-peu compter sur l'efficacité des moyens usités. Cependant on va voir que l'acide hydrocyanique en a triomphé complétement.

Obs II. Un musicien, âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution scrofuleuse, d'une taille élevée, fut atteint, à l'âge de vingt-deux ans, à la suite d'excès de toute espèce, d'une toux qu'il a négligée, ensuite d'une pleuro-pneumonie qui lui a laissé, après sa guérison, une toux incommode pendant un an. De nouveaux excès reproduisirent bientôt après une nouvelle pneumonie. Le 2 avril le malade se fit recevoir à la clinique de Pavie, dans la salle de M. Fantonetti; il offrait alors l'état suivant :

Irritation continue à la gorge; respiration difficile, inégale; le côté droit du thorax presque immobile; toux fréquente, crachats copieux, ronds, de couleur jaunâtre, mêlés à beaucoup de mucus et de salive, laissant au goût une saveur douteuse, quelquefois sanguinolente. L'auscultation fait reconnaître au-dessous et derrière la clavicule, vers les fosses sous et sus-épineuses, un gargouillement très-prononcé, comme

si on poussait de l'air par une petite canule immergée dans un verre d'eau. Dans le reste du thorax, le bruit respiratoire est légèrement crépitant et muqueux; la percussion donne un son obtus dans l'endroit du gargouillement; sentiment de chaleur à la gorge et le long de la trachée; fièvre avec redoublement le soir; sueurs nocturnes vers la matinée, amaigrissement général assez prononcé, palpitations au moindre mouvement. On prescrit : acide hydrocyanique, quatre gouttes dans une livre d'eau distillée, à prendre une once toutes les deux heures; décoction de lichen. Le lendemain cinq gouttes; le jour suivant, six; six jours après on en faisait prendre huit. Un écart de régime ranime les symptômes, qui s'amendaient d'une manière sensible, et oblige à recourir à la saignée, après quoi on reprend l'acide hydrocyanique, dont on élève de nouveau graduellement la dose jusqu'à douze gouttes. Le lendemain du jour de l'administration de douze gouttes de cet acide, le malade est un peu narcotisé; on en suspend l'usage pendant cinq jours, au bout desquels on le redonne à la dose de huit gouttes. Deux jours après on constate une amélioration notable et la rémission de tous les symptômes. On élève successivement la dose du médicament jusqu'à quatorze gouttes. Ce jour-là la tisane de lichen est vomie. Huit jours plus tard le malade a des vertiges et de la céphalalgie. On supprime l'acide; comme il y a constipation, on prescrit un laxatif; quatre jours après on reprend l'acide à la dose de huit gouttes. A cette époque, la fièvre est tombée en grande partie et les sueurs ont beaucoup diminué. Le malade se lève; le son caverneux à la poitrine persiste; les crachements ont un peu diminué, mais leur nature est toujours la même, si ce n'est que depuis plusieurs jours ils ne sont plus striés de sang.

Le 1er juin, la toux est moins incommode; les crachats sont beaucoup moins abondants et plus muqueux; la fièvre a cessé complétement. Acide, seize gouttes; régime alimentaire de substances animales.

Le 6, on baisse la dose à douze gouttes. Amélioration progressive; le malade se promène; il n'a plus de palpitations de cœur ni beaucoup de gêne à la respiration; la toux est rare et légère, les crachats peu abondants.

Le 10, on suspend l'acide et on le remplace pendant quelque temps par l'extrait aqueux de mirrhe à la dose d'un grain et demi toutes les trois ou quatre heures en pilules. Tisane de guimauve.

Le 22, le malade est fort bien; il se promène partout dans l'hôpital, lorsqu'il éprouve tout à coup un point de côté à la partie gauche du thorax, avec difficulté très-grande de respirer. Dix-huit sangsues *loco dolenti*; purgatif de séné et de manne; boisson tamarindée.

Le lendemain, persistance des symptômes; acide, huit gouttes.

Le 26, augmentation des symptômes d'inflammation pulmonaire à gauche. Le bruit caverneux persiste, mais pas au même degré qu'auparavant. Saignée de dix onces; acide, dix gouttes.

Le 27, pas d'amélioration; le sang est couenneux; toux incommode; dyspnée; chaleur à la poitrine; fièvre. Autre saignée de dix onces. Acide *ut suprà*.

Le 28, pas de mieux.

Les 29 et 30, mieux très-prononcé. On continue l'acide.

Le 4 juillet, l'acide ayant été récemment préparé, à cause de la chaleur à l'estomac (pyrosis), on ajoute dans la potion une émulsion de gomme.

Le lendemain, on réduit le médicament à quatre gouttes. Amélioration progressive; tous les symptômes se dissipent par degrés. L'auscultation fait sentir à peine de la pectoriloquie; râle muqueux fort léger à gauche; on ne peut plus entendre le bruit caverneux ni le gargouillement; cela fait présumer que la caverne est cicatrisée.

Le 15, il ne reste plus qu'un peu de toux; les crachats sont rares et muqueux. Les forces se relèvent, l'appétit est bon, embonpoint, gaieté.

Le 18, *exeat*. Guérison. Pendant deux ans la guérison s'est soutenue. Ensuite, le malade s'est livré de nouveau à ses excès, et surtout à l'abus du vin; il a contracté une nouvelle pneumonie à Monza, où il est mort.

Nous avons rapporté dans presque tous ses détails l'histoire de cette affection de poitrine, afin que nos lecteurs jugent par eux mêmes que si cette histoire s'est passée réellement comme on l'a reproduite, elle présentait en effet, et sans aucune équivoque, tous les caractères de la phthisie pulmonaire, c'est-à-dire l'existence d'une caverne entourée d'un engorgement fort étendu de l'organe respiratoire. Cependant, au dire du docteur Fantonetti, on a vu diminuer par degrés tout cet appareil symptômatique, et le malade revenir d'un état d'où, jusqu'à présent, on ne croyait plus possible de voir revenir un phthisique, et cela par la seule administration de l'acide hydrocyanique.

Citons encore un troisième exemple.

Bellani, cocher, ancien militaire, grand, maigre, poitrine étroite, constitution scrofuleuse, avait essuyé, au commencement de 1833, une bronchite intense, puis une pneumonie, dont il fut traité et guéri à l'aide d'abondantes évacuations sanguines. Plus tard, la pneumonie récidiva deux fois; il fut guéri également, mais après la dernière maladie, des symptômes de tuberculisation pulmonaire se sont manifestés, et bientôt il fut déclaré incurable par plusieurs habiles praticiens.

Lorsque M. Fantonetti l'a visité, le malade gardait le lit depuis soixante-douze jours; il était fort maigre, orthopnique, toussait continuellement; crachats purulents et abondants. L'auscultation a fait constater du râle crépitant, caverneux, aux deux poumons, surtout à la partie supérieure droite; bronchophonie, pectoriloquie et œgophonie à la partie postérieure et inférieure gauche; voix voilée, anorexie, soif intense, peau sèche, sueurs nocturnes, diarrhée légère, gonflement léger des membres inférieurs et du bras gauche; pouls, cent trente le soir, cent à cent dix le matin; prostration générale assez prononcée.

On prescrit : acide hydrocyanique, quatre gouttes dans une livre d'émulsion de gomme arabique. — Décoction d'orge pour boisson et hydrogale.

Le lendemain, 31 mars, six gouttes d'acide. — Le surlendemain, sept gouttes.—Le jour suivant, huit; pas d'amélioration.—Le 3 avril, dix gouttes. Le soir le malade est légèrement narcotisé; on continue le remède la nuit malgré le narcotisme. — Le lendemain matin, le narcotisme est plus manifeste, mais il y a une diminution évidente de la dyspnée, de la toux, des crachats et de la fièvre. On suspend le médicament pendant un jour. — Le 5, on revient à l'acide à la dose de huit gouttes; le malade le tolère parfaitement.—Le 6 et le 7, même remède; amélioration. On porte l'acide à neuf gouttes, et l'on continue à cette dose pendant six jours; alors on fait reposer le malade pendant un jour, puis on revient à huit gouttes.

A cette époque l'auscultation fait reconnaître que le poumon gauche ne donne généralement qu'un bruit respiratoire léger, excepté en bas et en haut où l'on sent une crépitation muqueuse; à droite, râle muqueux et légèrement caverneux.

On reprend le remède, et on le porte à douze gouttes. On ajoute l'usage de la gelée de lichen et du lait.

Dix jours après, l'auscultation fait constater la disparition complète des cavernes; disparition totale de la fièvre, des crachements purulents et de la toux; la respiration est assez libre; le malade prend des forces et se lève. On baisse la dose du médicament à six gouttes pendant cinq jours; décoction de lichen. Amélioration progressive; convalescence; guérison complète. Le malade a repris son état de cocher, et depuis lors la cure ne s'est point démentie.

Cette dernière observation n'est pas moins concluante que les deux autres. Le stéthoscope faisait foi de la phthisie existante autant que les symptômes généraux et le trouble spécial de la fonction respiratoire. L'acide hydrocyanique a réussi avec le même bonheur dans ce cas comme dans les autres. M. Fantonetti ne s'est pas borné à ces trois faits :

il en cite beaucoup d'autres non moins décisifs. En présence de telles observations, nous n'avons que l'un des deux partis suivants à prendre : ou bien de proclamer, avec le professeur de Pavie, l'action vraiment merveilleuse de l'acide hydrocyanique dans cette horrible maladie; ou bien de s'inscrire en faux contre l'authenticité de ses observations. Ici en effet il n'y a pas d'autre alternative : les faits cités sont vrais ou controuvés; s'ils sont authentiques, on ne peut douter qu'ils ne représentent des cas de phthisies pulmonaires, la plupart au dernier degré; s'ils sont controuvés, nous n'avons plus rien à ajouter, si ce n'est que nous n'en prenons pas sur nous la responsabilité. Il est juste de dire néanmoins qu'avant M. Fantonetti, plusieurs praticiens ont assuré avoir employé l'acide hydrocyanique avec plein succès, à titre d'antiphlogistique ou de sédatif, ou de contrastimuliste. Nous citerons entre autres Rasori, Hufeland, Thomson, etc.; mais c'est surtout à Borda, en 1804, et à Brera, en 1815, qu'on doit d'avoir appliqué ce remède à des cas de maladies réputées inflammatoires, tant aiguës que chroniques, des organes respiratoires. Ces praticiens assurent avoir guéri des pneumonies et des pseudo-pneumonies fort intenses par le seul usage de l'acide prussique, et sans tirer une goutte de sang. M. Fantonetti a repris les expériences de Borda et Brera, ses prédécesseurs à l'école de Pavie; mais il proclame beaucoup plus hautement les succès de ce médicament dans les mêmes maladies. Sans nous expliquer davantage, en attendant une plus ample enquête sur une action si remarquable, nous résumerons en ces termes les précautions à prendre pour administrer l'a-l'acide hydrocyanique, non-seulement afin de lui conserver ses vertus médicinales, mais aussi afin de le dépouiller de toute action nuisible.

L'acide hydrocyanique est un médicament héroïque, dont l'emploi exige beaucoup de circonspection. On sait en effet qu'un assez grand nombre de malades ont été victimes de son usage intempestif.

Lorsqu'on ordonne ce remède, il faut préciser son degré de concentration, sous peine d'empoisonnement. On prescrit ordinairement l'acide hydrocyanique médicinal, c'est-à-dire celui préparé d'après le procédé de M. Gay-Lussac, étendu dans six fois son poids d'eau distillée.

Il ne faut pas oublier que cet acide est très-volatil, peu soluble dans l'eau et décomposable par l'action de la lumière. Aussi faut-il ajouter la précaution de toujours agiter la fiole avant de s'en servir, et de tenir celle-ci enveloppée d'un papier de couleur. Peut-être serait-il plus prudent de faire expédier la potion divisée en autant de fioles qu'elle contient de prises. Peut-être aussi la forme pilulaire serait-elle plus convenable.

Quel que soit le mode d'administration qu'on aura adopté, il est bon de se rappeler qu'arrivé dans l'estomac le médicament s'évapore et revient en partie par éructations irriter mécaniquement la gorge et provoquer la toux ou l'augmenter, si le malade toussait déjà. Aussi est-il utile de prescrire des boules de gomme dans la bouche après l'ingestion du remède.

Si des symptômes d'empoisonnement par l'acide hydrocyanique se déclarent, il importe de se rappeler que ses véritables antidotes sont les stimulants diffusifs, principalement l'ammoniaque. On assure que Mury s'était tellement convaincu de l'efficacité de ce dernier moyen qu'il ne craignait pas de dire qu'il serait prêt à s'empoisonner avec de l'acide prussique, pourvu que quelqu'un lui administrât de suite plusieurs doses d'ammoniaque. Les expériences sur les animaux vivants autorisent suffisamment cette manière de voir. Malheureusement cependant l'action du poison en question est trop prompte, trop foudroyante pour pouvoir compter sur les antidotes, à moins d'être administrés de très-bonne heure.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DES HERNIES INGUINALES PAR LE BANDAGE, PAR M. MALGAIGNE.

Il y a environ trois ans que j'ai adressé à l'Académie royale des sciences une lettre contenant quelques-uns des résultats auxquels m'avaient déjà conduit mes recherches sur les hernies réductibles. Qu'il me soit permis de reproduire ici les conclusions qui ont trait à l'objet de cet article ; on pourra ainsi juger tout à la fois quel a été mon point de départ, et quel a été depuis lors le progrès de mes idées. Je disais donc :

« 1° La présence d'une hernie inguinale directe ou oblique est une prédisposition manifeste au développement d'une seconde; en sorte que, après un espace de temps variable et dont je m'occupe de déterminer les limites, tout individu atteint d'une hernie mal contenue doit s'attendre à en avoir deux ;

» 2° Tous les bandages imaginés jusqu'à ce jour pour contenir la hernie inguinale oblique, soit congéniale soit accidentelle, sont fondés sur un principe vicieux et qui demande une réforme complète. Tous

exercent la compression principale sur l'anneau externe et à peine sur une petite portion du canal ; le principe nouveau que je veux établir et que j'ai déjà appliqué au bureau central, et en ville dans un assez grand nombre de cas, consiste à exercer la compression sur tout le canal, mais principalement sur l'anneau interne.

» Les principaux inconvénients de l'ancienne méthode sont : 1° qu'en bouchant seulement l'anneau externe, elle laisse la hernie séjourner dans le canal, et ne fait que transformer une hernie complète en hernie interstitielle ; 2° elle ne procure une guérison radicale que par hasard, et, même chez les enfants, la proportion des insuccès est énorme ; 3° la hernie est évidemment moins bien contenue, et la plupart des malades sur qui on compare les deux méthodes en rendent témoignage à l'instant même ; 4° lorsque la hernie exige une grande force de compression, tous les bandages actuels, s'appuyant sur le pubis, compriment le cordon spermatique, et de là une proportion effrayante d'engorgements du cordon et du testicule, ce qui n'a pas lieu avec la nouvelle méthode. »

Il convient, avant tout, de reconnaître que cette méthode, que je croyais nouvelle, avait été proposée et appliquée avant moi en Angleterre, par sir A. Cooper, et que la priorité en revient tout entière à ce grand chirurgien. Comment se fait-il cependant qu'elle soit demeurée si peu connue, que non-seulement sur le continent Scarpa, Boyer, Béclard l'aient absolument passée sous silence, mais qu'en Angleterre même, où le grand nom de son auteur devait lui assurer une meilleure fortune, on n'en trouve aucune trace dans les écrits de Samuel Cooper, ni dans le traité spécial de Lawrence? C'est une singularité qui paraîtra peut-être moins inexplicable après la considération suivante :

Les hernies se présentent dans la pratique sous deux formes générales ; ou bien simples et facilement réductibles, ou bien compliquées d'accidents graves qui se rapportent à leur étranglement. Ce dernier cas, qui est assez rare, réclame une décision prompte, une main habile et exercée ; il est resté dans le domaine de la chirurgie proprement dite ; et tous ces grands et magnifiques travaux des écoles modernes ont eu presque exclusivement pour objet l'étude et le traitement des hernies étranglées. Quant aux hernies simples et réductibles, les chirurgiens les ont dédaignées ; ils n'en ont jamais fait qu'une étude fort superficielle, et ils en ont abandonné la thérapeutique aux mains des bandagistes herniaires. En sorte que ces lésions si nombreuses et si graves présentent encore de nos jours et dans Paris même cette bizarre anomalie, que les chirurgiens étudient la maladie et ne s'occupent point du traitement, et que les bandagistes demeurent chargés d'appliquer le traitement sans connaître la maladie. Il faut sans doute faire

une exception pour ces chirurgiens ingénieux qui ont cherché les moyens de guérir les hernies par des opérations sanglantes ; mais j'aurai occasion plus tard d'examiner la valeur de ces tentatives.

Je fus surtout frappé de cet état de choses lorsque je fus chargé pour la première fois du service des hernies au bureau central des hôpitaux de Paris. Trois mille individus, terme moyen, se présentent annuellement dans ce service pour obtenir des bandages ou des pessaires; et dans les deux seuls mois d'octobre et novembre 1835, je pus recueillir ainsi quatre cent trente-cinq observations écrites, et arriver déjà à des résultats que je m'empressai de communiquer aux deux académies. Depuis ce temps j'ai continué mes travaux en silence, me bornant à signaler dans mes cours le progrès de mes idées et à les faire vérifier par mes élèves sur quelques-uns de mes malades; je voulais acquérir une expérience assez étendue pour faire passer toutes mes inductions théoriques à l'état des faits pratiques ; et pour établir une doctrine aussi complète que possible. Durant ces trois années, mes fonctions au bureau central et dans les hôpitaux, mes relations avec les principaux bandagistes de Paris, et enfin ma clientèle particulière m'ont mis à même de voir de mes yeux plus de deux mille cas de hernies; d'expérimenter presque tous les bandages connus, et, dans la méthode que j'ai préférée, de constater les circonstances favorables ou contraires, et de fonder sur des données exactes la science du pronostic et des indications. Je ne veux m'occuper ici que du traitement des hernies inguinales obliques, les plus communes de toutes, et par là même les plus importantes pour le praticien.

La hernie inguinale oblique ne présente pas toujours le même degré de développement, et je lui ai assigné quatre degrés ou périodes, savoir :

1° Lorsque la hernie fait saillie seulement à travers l'anneau abdominal; c'est ce que je nomme *hernie commençante*;

2° Lorsque la hernie occupe le canal inguinal ; M. Goyrand a donné à ce degré le nom de *hernie interstitielle*, qui me paraît utile à conserver ;

3° Lorsque la hernie fait saillie à travers l'anneau externe ; cette variété est connue depuis longtemps sous le nom de *bubonocèle;*

4° Enfin quand la tumeur est descendue dans le scrotum, et je lui garde alors la dénomination d'*oschéocèle*.

Ces deux derniers degrés sont bien connus : la seule différence pratique qu'ils présentent a rapport à l'étranglement, plus périlleux dans le bubonocèle que dans l'oschéocèle ; mais dans l'état ordinaire ils offrent les mêmes indications ; je ne m'y arrêterai donc pas plus longtemps.

La hernie interstitielle est fréquemment méconnue, à moins qu'elle

ne soit très-volumineuse, ce qui est rare; comme en appliquant le doigt sur l'anneau externe on ne sent aucune saillie, les accidents dont se plaint le malade sont mis sur le compte d'une prétendue faiblesse des parois abdominales, ou de toute autre cause. Ce degré de la hernie inguinale est très-commun, et comme l'étranglement peut s'y développer, il est essentiel d'y porter une sérieuse attention.

Enfin le premier degré ou la hernie commençante a été négligée par tout le monde, bandagistes ou chirurgiens. Les raisons en sont faciles à donner; jamais peut-être le malade ne va consulter un homme de l'art pour une hernie unique à ce premier degré; et moi-même j'avoue que je n'ai pas eu à constater jusqu'à présent un cas de ce genre. Ce n'est que dans les hernies secondaires que j'ai appris à le reconnaître, après avoir apprécié toute l'importance d'un semblable diagnostic; et comme cette importance résulte d'un fait pratique inconnu avant moi, il n'est pas étonnant que les chirurgiens, occupés d'ailleurs par une grosse hernie d'un côté, se soient peu souciés d'une tumeur presque imperceptible du côté opposé.

Or cette tumeur, quelque légère qu'elle soit et qu'elle paraisse, est un indice certain de l'imminence d'une hernie secondaire, et en vain contiendrait-on de la manière la plus parfaite la hernie primitive, la seconde n'en arrivera pas moins dès que cette petite pointe peut déjà être aperçue. Je reviendrai sur ces hernies secondaires; je ne veux pour le moment qu'établir la marche que suit généralement cette hernie inguinale dans son développement, en tant que cette étude intéresse la thérapeutique.

Le plus souvent la hernie parcourt successivement ces quatre degrés; ainsi un individu fait un effort, et sent un craquement dans la région inguinale; il n'y voit rien d'abord, ce n'est qu'après huit ou quinze jours qu'il aperçoit une petite tumeur sortant de l'anneau; et plus tard encore le bubonocèle se transforme en oschéocèle. On peut juger par ce récit, qui se répète pour la plupart des malades, que le premier effort a entr'ouvert l'anneau interne, et que le temps écoulé depuis a conduit la hernie au deuxième et au troisième degré. Assez souvent, pour ces hernies accidentelles, les intestins descendent d'un seul coup dans le canal; j'en ai vu même quelques-unes se prononcer tout de suite au troisième degré, et quelquefois alors la hernie s'étrangle au moment même où elle se produit. Mais je n'ai jamais vu la hernie accidentelle arriver brusquement dans le scrotum.

Chacun des trois premiers degrés peut persister plus ou moins longtemps : j'ai vu, par exemple, la hernie interstitielle se développer jusqu'à acquérir le volume de la moitié du poing, et durer depuis lon-

gues années sans avoir jamais fait saillie par l'anneau inguinal ; quelquefois, après s'être ainsi fait son nid dans le canal, elle finit par s'échapper au dehors ; et ce long séjour dans le canal, reconnaissable à la dilatation de sa paroi antérieure, me paraît être la cause essentielle, et non encore reconnue, de la dislocation des vaisseaux du cordon spermatique.

Les choses se passant de la sorte, on peut juger de la confiance que méritent les bandages herniaires, appliqués sur l'anneau externe suivant la méthode ordinaire. Ils transforment le bubonocèle ou l'oschéocèle en hernie interstitielle, et préviennent uniquement le danger de l'étranglement par l'anneau externe, en laissant le malade exposé à l'étranglement par l'anneau abdominal. Ils ne remédient pas même aux inconvénients ordinaires des hernies simples ; et c'est alors que la pelotte ne laissant rien échapper au dehors et masquant même en grande partie la saillie du canal, la persistance des incommodités a fait accuser les causes les plus imaginaires.

Le 15 novembre 1835, mon confrère, M. le docteur Chardon, m'adressa un jeune homme de vingt-deux ans, portant depuis son enfance deux hernies inguinales ; l'une à droite, interstitielle ; l'autre à à gauche, un peu plus avancée. Le testicule droit seul était descendu dans le scrotum ; l'autre était encore à l'anneau. Jusqu'à l'âge de dix-neuf ans le malade avait porté deux bandages ordinaires qu'il gardait même pendant la nuit ; à cette époque, ressentant une faiblesse de plus en plus grande de l'abdomen dans tous ses efforts, il se fit appliquer par M. Valérius un bandage double, de l'invention de ce bandagiste. Ce bandage cachait bien les hernies, mais la faiblesse persistait toujours. Le bandagiste crut à une débilité native des muscles abdominaux, pour laquelle il prescrivit une ceinture lacée, qui elle-même ne remédia point à l'incommodité dont se plaignait le malade.

Quant au bandage, il retenait bien la hernie gauche dans les premiers temps ; plus tard elle s'échappait par-dessous à un effort un peu violent ; et, depuis trois mois, elle avait présenté deux fois des phénomènes d'étranglement. Je fis appliquer sur le canal et sur l'anneau interne de chaque côté un bandage anglais double qui fut confectionné par M. Wickam ; à partir de ce moment, le malade se sentit libre de cette prétendue débilité des muscles, et il ôta sa ceinture devenue absolument inutile.

Je pourrais multiplier les cas de cette nature, mais chacun peut faire sur la première hernie venue une expérience très-simple qui conduira aux mêmes résultats. Appuyez le pouce sur l'anneau externe, rien ne sort au dehors ; le malade dit que sa hernie est contenue. Portez le pouce

sur l'anneau interne, le malade déclare qu'elle est beaucoup mieux contenue, et qu'il se sent le ventre plus solide dans les efforts.

On comprend bien aussi que la hernie n'étant pas complétement maintenue, même d'une manière provisoire, par la méthode vulgaire, la cure définitive ne saurait être obtenue. Vous n'agissez que sur l'anneau externe; l'oblitération, si elle a lieu, ne peut porter que sur l'anneau externe, et le canal demeurera toujours ouvert à la hernie interstitielle. De temps à autre cependant des succès inespérés sont venus réveiller l'attention des bandagistes; et, n'en connaissant ni la condition ni la cause, ils les ont attribués, les uns à une certaine forme de bandages, les autres à des topiques liquides ou pulvérulents appliqués au moyen de pelotes médicamenteuses, d'autres enfin à certaines préparations prises à l'extérieur. Les hernies étant une affection extrêmement commune, il est peu de bandagistes en vogue qui n'aient été à même de voir quelques-uns de ces cas exceptionnels; tandis que leur rareté d'une part, et d'autre part l'impossibilité de les reproduire par les mêmes moyens, les ont fait rejeter par les chirurgiens comme manquant d'authenticité. Il est resté seulement admis que le bandage suffit pour guérir les très-jeunes sujets; et, cependant, l'on ne saurait croire combien il y a d'exceptions à cette règle. M. Burat, l'un de nos plus habiles bandagistes, me disait d'un air de triomphe que, sur cinquante enfants, il ne manquait peut-être pas dix fois d'obtenir la cure radicale. Même avec ces chiffres, il y aurait un échec sur quatre succès. Mais, d'après ce que j'ai vu au bureau central et en ville, je ne saurais admettre une si belle proportion. Le jeune homme dont j'ai rapporté l'histoire avait porté dix-neuf ans un bandage sans être guéri; et j'ai eu sous les yeux des hernies congénitales sans nombre, persistant après vingt, trente, quarante et, dans un cas, cinquante-trois années, malgré l'emploi du bandage à la méthode ordinaire.

D'où vient cependant que quelques-uns sont guéris et que d'autres ne le sont pas? A mon avis, cela dépend principalement de la forme et de la grandeur de la pelote. Si la pelote n'appuie que sur l'anneau externe, il n'y aura pas plus de guérison chez les enfants que chez les adultes. Si, par une circonstance heureuse, la pelote est mal faite, trop large pour l'objet qu'on a en vue, elle appuie sur le canal et peut en amener l'oblitération. Dans le jeune âge, le peu d'étendue du canal fait qu'il est aisément comprimé par une pelote médiocre, même mal placée; et la vitalité plus grande achève de rendre raison du plus grand nombre de succès. Mais chez l'adulte, il faut des pelotes énormément larges pour amener le même effet; et, dans les cas simples, une pelote trop large passe généralement pour mal faite.

J'ai été témoin d'une cure de ce genre due entièrement au hasard. Comme je me livrais à des expériences comparatives sur l'efficacité des divers bandages, M. Wickam m'adressa un de ses clients, vieillard de soixante-huit ans, tailleur de son état, comme exemple d'une hernie bien contenue. La hernie devait être à droite ; j'ôtai le bandage, je fis tousser le malade debout et accroupi ; il n'y avait rien. Voici d'ailleurs ce qu'il m'apprit : quinze ans auparavant, en descendant de voiture, il sentit une sorte de craquement dans l'aine, et, dès qu'il fut rentré chez lui, il reconnut dans cette région une petite tumeur. Durant un an, il avait appliqué dessus des tampons de linge qui la contenaient fort mal ; il alla à l'Hôtel-Dieu où on lui donna le bandage ordinaire qui remplit son objet pendant quatre ans, après quoi le ressort ne fut plus assez fort. Il demeura ainsi plusieurs années, pouvant à peine travailler de son état ; la hernie, qui faisait saillie d'un demi-pouce au delà de l'anneau externe, ne lui permettant pas de se tenir sur son établi ; enfin, il y avait cinq ans qu'il l'avait contenue de nouveau à l'aide d'un bandage de Wickam. Pendant les premières quatre années de son emploi, il le quittait de temps à autre ; et alors la hernie sortait chaque fois. Depuis un an, il l'a porté sans discontinuer, à part la nuit ; mais il a le sommeil paisible, et la nuit il assure que la hernie ne sortait jamais. La pelote appuyait par le centre sur l'anneau externe ; mais elle avait trois pouces et demi de largeur, ce qui fait que vingt et une lignes de cette pelote comprimaient directement le canal. Je priai le bon vieillard de s'en retourner chez lui sans son bandage que je gardai, de travailler à son ordinaire sur son établi, ce qui est la position la plus favorable à l'issue des hernies, et de revenir le lendemain reprendre son bandage. Tout cela fut fait, et j'ajouterai que le temps était fort pluvieux, autre condition qui rend plus difficile la contention des hernies ; et enfin le lendemain je le vis avec M. Wickam, il ne restait pas la moindre trace de la hernie. Le sujet avait le ventre bombé, et un embonpoint assez prononcé. Mais ce qui est propre à démontrer que le hasard seul avait fait la cure, c'est que M. Wickam, à la vue de cette énorme pelote, ne voulait pas croire qu'elle sortît de chez lui, et prétendait la changer pour une plus petite à l'instant même.

Enfin, comme on ne peut appuyer sur l'anneau externe avec une pelote d'un volume même médiocre, sans appuyer plus ou moins sur l'os pubis, il en résulte, si la pression est un peu forte, des douleurs et des excoriations de la peau ; des engorgements du cordon qui se terminent par le varicocèle, ou l'engorgement des testicules. Plusieurs malades, traités dans ces dernières années par les pelotes en bois de Carpenter, qui appuyaient sur l'anneau externe et le pubis, ont été obligés

d'y renoncer, à cause des douleurs et des excoriations qu'elles avaient occasionnées. J'ai vu moi-même cet accident arriver à des malades qui avaient mal appliqué mes pelotes, bien que je ne me serve le plus souvent que de pelotes en gomme élastique; mais les effets de la pression des pelotes sur le cordon spermatique, et par suite sur le testicule, sont bien autrement graves. M. Devergie m'a envoyé un jeune homme, compositeur d'imprimerie, porteur d'une double hernie inguinale, et en même temps d'une orchite double, suite de la pression d'un bandage ordinaire. A part la complication d'une hernie avec le testicule dans le canal, je n'imagine pas de cas plus embarrassant. Le repos du lit eût sans doute satisfait à tout, mais les deux orchites, bien que douloureuses, étaient sans fièvre, et le malade ne pouvait abandonner son travail. Je relevai les bourses dans un suspensoir bien fait, et j'appliquai sur les canaux inguinaux des pelotes à air de M. Cresson, dont la pression molle et élastique suffisait pour retenir les hernies, sans être ressentie par le cordon spermatique.

J'ai recherché au bureau central, sur un certain nombre d'individus, en quelle proportion se montreraient les affections du cordon et du testicule : sur deux cents hernieux, j'ai trouvé soixante-cinq lésions de ce genre, savoir :

Engorgements du cordon, le plus souvent avec dilatation variqueuse.	40
Engorgements du testicule.	23
Atrophie du testicule.	1
Hydrocèle.	1

A la vérité, on ne saurait attribuer toutes ces lésions secondaires à l'unique action du bandage; car j'ai rencontré des varicocèles, des engorgements du cordon et du testicule chez des sujets atteints de hernies anciennes, et qui n'avaient jamais porté bandage ; ce qui doit être attribué à la compression exercée par la hernie elle-même. Il en résulte que même dans les autres cas on peut se demander si la hernie n'aurait pas suffi pour amener les mêmes résultats ; mais outre que l'action du bandage est trop directe pour être niée, la conclusion la plus favorable pour la méthode ordinaire serait qu'elle expose autant aux affections testiculaires que les hernies non contenues.

Si j'insiste autant sur les inconvénients et les périls même de cette méthode, c'est qu'elle est encore aujourd'hui la seule appliquée en France; c'est que je l'ai vue adoptée à Paris par les bandagistes les plus distingués, parmi lesquels je citerai MM. Jalade-Lafond, Wickam, Burat, Absil, Valérius, Blin, etc.; c'est que plusieurs d'entre eux, à

qui j'ai fait part des raisons qui militent en faveur de la nouvelle méthode, s'en sont tenus à l'ancienne, en s'appuyant sur leur routine traditionnelle et aveugle qu'ils décorent du nom d'expérience; c'est que dans les hôpitaux de Paris, tous les bandages s'appliquent encore de cette vicieuse manière, bien que depuis que j'ai appelé l'attention sur ce point, aucun chirurgien ne voudrait se charger de la défendre. La révolution est faite dans la science; elle reste tout entière à faire dans la pratique.

La conséquence la plus générale de ce qui précède, c'est que tout bandage herniaire qui appuie sur l'anneau externe pour une hernie inguinale oblique est un mauvais bandage, et que le premier principe de la contention de ces hernies est d'appliquer la pelote sur l'anneau interne et sur le canal. Mais quelle forme et quelles dimensions doit avoir cette pelote? Jusqu'à quel point doit-elle s'étendre sur le canal même? Quel doit être le degré de pression, et quelle est la forme du ressort la plus convenable à cet effet? Enfin dans quels cas la cure radicale à l'aide du bandage est-elle possible, et quelles sont encore les indications et les chances de succès? Ce sont là autant de questions spéciales dont la solution est d'une haute importance, et sur lesquelles je me propose de revenir.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FRACTURES COMPLIQUÉES.

Les praticiens connaissent les nombreux et funestes accidents qui peuvent suivre les fractures compliquées de luxation, d'épanchement sanguin et d'étranglement inflammatoire. Si en général on est d'accord sur la gravité du pronostic, il n'en est pas de même quant au traitement.

C'est parce qu'il y a souvent insuffisance dans les moyens thérapeutiques ordinairement mis en usage, que nous soumettons à nos lecteurs plusieurs faits importants puisés dans l'enseignement clinique de M. Lisfranc. On verra que, grâce à une médication particulière dont il a depuis longtemps posé les indications, et qu'il suit avec une persévérance justifiée par les résultats, ce chirurgien parvient à guérir sûrement les solutions de continuité du tissu osseux, les plus graves en apparence.

Chez un premier malade couché en ce moment au n° 1 de la salle Saint-Louis, on constate une fracture du tiers inférieur du péroné : il y a luxation du pied en arrière et un peu en dedans, comme il est aisé de s'en convaincre par la saillie considérable du calcanéum et le ren-

versement du tarse en dedans. L'espace intermalléolaire est beaucoup agrandi ; la malléole externe fortement déjetée en dehors fait un relief très-marqué sous les téguments : il existe une mobilité si remarquable en tout sens du pied sur la jambe qu'il semble que les ligaments aient été rompus. Il y a autour de l'articulation qui a doublé de volume un épanchement sanguin considérable, une tension inflammatoire avec chaleur vive des téguments.

C'est là, sans contredit, un de ces cas pathologiques pour lesquels l'amputation semble indiquée. Cependant M. Lisfranc, tout en ne se dissimulant pas la gravité menaçante de la maladie, ne voulut pas recourir immédiatement à ce moyen extrême, cette *ultima ratio* dont on ne doit user qu'avec une grande sobriété.

Il fit pratiquer en deux jours trois saignées du bras : la première de quatre palettes, les deux autres de trois chacune : la diète fut sévèrement observée : on administra des boissons diurétiques. Au cinquième jour la détuméfaction des parties molles et la résorption du sang épanché avaient fait des progrès si rapides qu'il fut permis de songer à réduire la fracture et en même temps la luxation.

Cette manœuvre offrit une circonstance qui ne doit pas être perdue pour la pratique : on ramena sans peine le pied à sa position et à sa rectitude naturelle ; mais il ne fut pas aussi facile de l'y maintenir. Les muscles de la partie postérieure de la jambe (les jumeaux et le soléaire surtout) livrés à une sorte d'éréthisme, se contractaient incessamment pour porter le calcanéum en arrière, et reproduisaient ainsi la luxation, malgré la position à demi fléchie du membre. La compression exercée par le bandage ordinaire se trouvant insuffisante, on fut obligé, pour neutraliser l'action musculaire, de placer à la partie postérieure de l'articulation un coussin semblable à celui de *Desault* pour la fracture de la clavicule. La base de ce coussin, tournée en bas, appuyait sur le calcanéum sans dépasser la plante du pied.

Un cône formé de disques d'agaric liés ensemble par un point de suture fut solidement fixé à l'aide de circulaires de bande sur le côté externe de l'article qu'il embrassait très-exactement, dans le but de refouler la malléole contre le tibia, et de remédier de la sorte au *diastasis* des deux os que l'agrandissement de l'espace intermalléolaire rendait incontestable.

Aujourd'hui, dix-septième jour après l'accident, il n'existe d'autre déformation du membre qu'un gonflement très-circonscrit au niveau de la fracture, gonflement dû à la formation du cal qui a déjà acquis une certaine solidité : de l'épanchement sanguin il ne reste plus qu'une vaste ecchymose dont les traces s'effacent de jour en jour. On ne trouve

pas même autour de l'article cet engorgement blanc, indolore des parties molles, si commun à la suite des fractures voisines d'une articulation. Je pense que la compression établie de bonne heure pour maintenir les rapports des surfaces osseuses a bien pu contribuer à ce dernier résultat.

Il ne faut pas perdre de vue dans le traitement des fractures compliquées la préférence que le chirurgien de la Pitié donne à la saignée du bras sur les saignées locales : l'expérience a démontré qu'aux avantages de celles-ci la saignée générale joint celui de hâter la résorption du sang épanché. C'est là une vérité rendue incontestable par les expériences physiologiques de M. Magendie.

L'emploi des sangsues expose à voir leurs morsures gêner plus tard l'application de l'appareil : sous la pression des attelles elles peuvent s'enflammer ; de là des érysipèles, des ulcérations plus ou moins rebelles, surtout chez les vieillards, ou les sujets moins avancés en âge, mais doués d'une disposition variqueuse des veines du membre abdominal ; aussi, quand, pour quelque raison particulière, le praticien se voit dans la nécessité de recourir à l'usage des sangsues, il choisira, pour leur application, les points sur lesquels les attelles ne doivent pas porter ; et ce qui vaut mieux, il les posera sur la partie inférieure de la cuisse pour une fracture de la jambe, et du bras pour une fracture de l'avant-bras.

Quant aux topiques qu'il convient de mettre en usage, M. Lisfranc ne partage pas l'opinion assez généralement admise : il rejette l'emploi des résolutifs, tels que l'eau végéto-minérale, l'eau-de-vie camphrée, tant que les symptômes inflammatoires n'ont pas complétement cédé : il les remplace par les émollients ordinaires : toutefois il se réserve le droit de recourir aux moyens excitants suivant les indications qui résultent de l'absence de la douleur et de tous les autres phénomènes phlegmasiques.

On peut observer en ce moment à la Pitié deux autres malades qui viennent d'être soumis avec succès au même traitement : l'un porte une fracture de la malléole interne, l'autre a les deux os de la jambe cassés à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Chez tous deux il existait une inflammation intense, un gonflement considérable, et un épanchement sanguin très-étendu : la saignée du bras plusieurs fois répétée fit justice des accidents en trois jours.

Si l'on désire voir préciser plus exactement la formule des évacuations sanguines dans les cas qui nous occupent, nous dirons qu'elle consiste à pratiquer sur-le-champ une saignée plus ou moins copieuse, suivant la force et la constitution du sujet. Dans la soirée du jour même

de l'accident, si le pouls n'est pas trop déprimé, si la coloration de la face n'a pas diminué, si les forces musculaires se soutiennent, on fait une nouvelle saignée. La phlébotomie est ainsi renouvelée pendant quatre ou cinq jours : de trois et même quatre palettes d'abord, elle n'est ensuite que d'une palette à une palette et demie. On sait toute l'efficacité de ces petites saignées révulsives au point de vue de la résolution et de la résorption ; dans un autre ordre pathologique, les affections de l'utérus déposent hautement en leur faveur. Ce n'est qu'après avoir, à l'aide de cette thérapeutique rationnelle, ramené la fracture la plus grave à un état parfait de simplicité, et lorsque les inflammations qui compromettent si souvent le salut d'un membre, et même la vie d'un individu, ne sont plus à redouter ; ce n'est qu'alors seulement qu'on doit songer à appliquer l'appareil : jusque-là le membre fracturé est maintenu dans la position la plus convenable et dans une immobilité absolue, par des draps pliés en cravate et fixés aux traverses du lit : on le couvre de fomentations émollientes renouvelées plusieurs fois dans la journée.

On a objecté que l'application tardive de l'appareil devait influer sur la formation du cal et la rendre moins prompte : à cela nous répondrons qu'il résulte de nombreuses autopsies qu'à l'époque de l'application de l'appareil, c'est-à-dire au quatrième ou cinquième jour après l'accident, il ne se manifeste autour des fragments osseux aucune trace de consolidation. Loin de différer le travail de réparation, ce mode de traitement lui prépare une voie plus certaine en ramenant aux conditions physiologiques nécessaires à son accomplissement les forces vitales exaltées par l'éréthisme inflammatoire.

Ce n'est pas seulement contre les fractures que cette médication antiphlogistique a montré son heureuse énergie ; je rappellerai qu'appliquée aux plaies des articulations, elle a obtenu d'éclatants succès : parmi les faits nombreux dont j'ai été témoin, un seul suffira pour en juger.

Il y a quelques mois, un jeune homme de dix-huit ans eut la partie postérieure de l'articulation huméro-cubitale engagée sous les dents d'une scie mécanique, mue par la vapeur. L'olécrâne et une portion de l'extrémité postérieure de l'humérus furent emportés ; il y eut une véritable résection ; l'articulation était ouverte ; la solution de continuité des parties molles avec perte de substance était considérable.

L'amputation paraissait urgente ; elle n'eut pas lieu. Cinq saignées maîtrisèrent les accidents inflammatoires ; le bras fut maintenu dans une demi-flexion ; il ne survint aucun épiphénomène inquiétant. Le malade a parfaitement guéri ; l'usage de la main et des doigts fut conservé.

La portion d'os réséquée par l'instrument vulnérant et le malade ont été présentés à l'Académie royale de médecine par M. Lisfranc.

F.

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA GUÉRISON DE L'ECTROPION.

L'ectropion, ou renversement en dehors des paupières, est une affection assez fréquente, soit comme accident primitif et résultat d'une plaie, d'une brûlure par exemple; soit comme accident consécutif aux affections de la muqueuse palpébrale. Dans ce dernier cas, la conjonctive est rouge, tuméfiée, boursouflée, infiltrée de sérosité ou de sang, ou bien le tégument extérieur est racorni par une cicatrice; mais avec ces lésions apparentes il peut s'en trouver de profondes dans les autres éléments organiques des paupières. Le plus souvent le cartilage tarse éprouve un mouvement de bascule consécutif aux tractions des couches muqueuses et cutanées qui le recouvrent; sa face postérieure tend à devenir supérieure et même antérieure; l'antérieure se porte en bas et même en arrière; l'espace oculo-palpébral s'efface, le repli qui le limite se tend et devient saillant; alors les efforts de traction agissent spécialement sur le bord libre de l'une ou l'autre paupière. Je dis traction, car le plus souvent c'est à une cicatrice qu'on a affaire.

L'ectropion trouve en lui-même des causes actives de son accroissement; la principale est l'extension de l'inflammation chronique à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané de la paupière; des épanchements plastiques superficiels ou interstitiels ont lieu, qui s'organisent plus tard, joignent leurs efforts de traction à ceux de la cicatrice primitive et augmentent le renversement.

Toutefois il convient de distinguer les cas dans lesquels la conjonctive seule étant malade peut, lors de la résolution de son inflammation aiguë ou chronique, faire cesser le renversement. Mais le plus souvent il faut en venir à l'opération.

§ I. Les anciens ne faisaient attention qu'au boursouflement de la conjonctive, au fongus oculaire, comme ils l'appelaient. Aussi Hippocrate conseille-t-il de le brûler : Celse insiste sur ce précepte, d'autres l'ont reproduit et suivi après eux : de là l'emploi soit des excitants, des styptiques; soit des caustiques et même du fer rouge; de là aussi l'excision du bourrelet conjonctival. De tous ces moyens, l'application réitérée du nitrate d'argent solide nous paraît le plus convenable dans la majorité des cas; il agit alors de deux manières : 1° directement sur les parties touchées et cautérisées; 2° à une certaine profondeur en

amenant une véritable résolution. Lorsque la conjonctive boursouflée et saillante offre un véritable aspect granulé, ce caustique est surtout indiqué; M. Sichel y a fréquemment recours; mais il est des cas où le boursouflement est tel que l'emploi des caustiques est insuffisant, ou du moins exigerait une application trop longtemps continuée : c'est alors que l'excision de la conjonctive a été pratiquée, et ordinairement avec succès. La paupière renversée est saisie avec l'index et le pouce, ou avec des pinces à mors larges, ce qui donne plus de facilité et de sûreté dans les manœuvres sans produire beaucoup de douleur; on fait saillir au dehors la conjonctive autant que possible, et avec des ciseaux courbés sur le plat on enlève complétement la partie fongueuse, en ayant soin de diriger l'incision parallèlement au bord libre de la paupière.

Il est dans ce cas une précaution fort importante à prendre, et sur laquelle on doit insister, je veux parler de celle qui consiste à s'éloigner, autant que possible, du bord libre de la paupière, afin de ne le point comprendre dans l'incision, chose plus facile qu'on ne pense, lorsque la saillie de la tumeur muqueuse a en quelque sorte effacé ce rebord saillant.

On doit également faire grande attention à ne pas obliquer la pointe des ciseaux en dedans ou en dehors, suivant le côté vers lequel on se place, et pour cela tendre également la paupière sur laquelle on incise; on comprend qu'une traction inégale ou inconsidérée de celle-ci amènerait un semblable résultat, alors même qu'on aurait tenu le tranchant des ciseaux dans un parallélisme exact avec la direction de l'ouverture palpébrale.

Aussi je crois que dans tous les cas il est préférable de saisir la conjonctive avec une double airigne, ou mieux une pince, l'élever autant que possible, et l'inciser avec un petit bistouri à tranchant convexe le long du cartilage tarse, en évitant les points lacrymaux; alors, ainsi que le décrit fort bien M. Malgaigne, on élève avec des pinces le lambeau qu'on veut enlever, et on le détache avec le bistouri, de la face interne de la paupière, jusqu'au point où la conjonctive se replie sur le globe oculaire; on termine l'opération en réséquant avec des ciseaux le lambeau vers la base.

Il importe, dans cette dissection, de ménager à la fois l'œil et la face profonde de la paupière : ce précepte est commun du reste à toutes les opérations qui se pratiquent dans cette région.

La petite plaie transversale avec déperdition de substance qu'on vient d'obtenir saigne beaucoup pendant quelques instants : ce dégorgement ne peut qu'être avantageux; les lotions froides ou avec quelques solutions résolutives sont indiquées; du reste tout se borne à une inflammation aiguë légère, avec un peu de boursouflement; la cicatrice ne tarde pas à se faire.

Je n'ai pas d'autres remarques à ajouter ici relativement au manuel opératoire; mais pour ce qui regarde les indications de l'opération, et l'époque où elle doit être mise en pratique, je crois : 1° qu'il ne faut pas se hâter d'y avoir recours lors même que son emploi semble réclamé; 2° qu'il pourrait y avoir une méthode intermédiaire entre les astringents et les cathérétiques : je veux parler des mouchetures de la conjonctive telles que M. Sichel les pratique dans les cas de granulations conjonctivales, sans renversement de la paupière : le nombre de ces mouchetures pourrait être subordonné à la saillie, au degré d'engorgement de la muqueuse palpébrale, et aussi au degré de renversement; trois ou quatre suffiraient dans les cas ordinaires. *A priori*, cette méthode paraît devoir être utile, soit qu'on l'emploie seule, soit qu'on la combine avec les diverses opérations qui se pratiquent sur la peau, lorsque celle-ci est le siége spécial du renversement.

§ II. Les procédés conseillés dans cette seconde catégorie d'ectropion sont extrêmement nombreux; mais tous se rattachent à l'idée qu'on s'était formée de la cause du renversement ou de sa nature, depuis l'incision de la cicatrice jusqu'à la blépharoplastie. Il était tout naturel d'appliquer ici l'incision en V avec réunion par suture telle qu'on la pratique pour le cancer des lèvres; c'est ce qui constitue la méthode d'Adams ou d'Antyllus, suivie avec certaines modifications, soit dans le procédé opératoire, soit dans les moyens de réunion, par MM. Roux, Velpeau, en France; Dieffenbach en Allemagne; Travers, Guthrie en Angleterre. Dans cette méthode, on enlève la cicatrice; ce qu'on fait aussi dans la méthode de Weller, qui n'est pas autre chose que l'application de celle-ci à un cas spécial, celui d'un renversement avec division en dehors vers la tempe. Dans ces méthodes, on n'agit que sur la peau; il en est de même de celle de Græfe, qui se rattache aux méthodes générales d'autoplastie.

D'autres chirurgiens, croyant à tort que les contractions de l'orbiculaire pouvaient être le siége du mal, ont songé à agir sur lui; de là, la section prolongée d'un pouce en dehors de l'angle externe des paupières conseillée par Jacob. Dieffenbach, au contraire, s'attache surtout à relever le cartilage tarse et à le maintenir fixe après l'avoir incisé, mais il ne fait qu'une incision sans enlever la cicatrice; cette dernière est également respectée dans la méthode que suit actuellement M. Velpeau; il la circonscrit dans une incision en V à base supérieure, dissèque le lambeau jusque vers le bord libre des paupières, réunit linéairement la moitié de la plaie, puis, réappliquant le lambeau et relevant ainsi la paupière abaissée, il le suture sur les côtés de manière à faire d'une plaie en V un véritable Y. Cette méthode a l'avantage de ne pas rétrécir le dia-

mètre transversal des paupières que diminue nécessairement l'incision en V d'Adams ; elle permet au bord libre de se relever par la dissection du lambeau cutané, et la réunion qu'on en fait à quatre ou six lignes plus haut que le point d'où son angle est parti : c'est une variété de blépharoplastie.

Cette méthode a l'inconvénient de ne pas enlever la cicatrice, de ne pas remédier directement au renversement. Je m'explique : l'ectropion est guéri en ce sens que la totalité de la paupière ne fait plus une saillie renversée à l'extérieur, mais il existe toujours un petit renversement partiel que ne corrigerait certainement pas la combinaison avec cette méthode de l'excision ou de l'incision du bourrelet conjonctival. La bride fibreuse n'a pas été détruite, et c'est un inconvénient, soit par la persistance de la difformité, soit par les tractions que cette cicatrice pourra plus tard exercer seule ou aidée des cicatrices sous-jacentes au lambeau, pour peu que celui-ci tombe ou se relâche, ou bien qu'il y ait au-dessous de lui une légère suppuration.

C'est pour éviter tous ces inconvénients, sans perdre l'avantage de ménager le bord libre des paupières, que je propose le procédé suivant dont il est facile de vérifier les résultats sur le cadavre ; je ne l'ai point encore autrement expérimenté. Pour en comprendre la valeur, il suffit de réséquer une portion assez étendue de la paupière inférieure par exemple ; si alors on fait à trois lignes à peu près au-dessous du bord libre de la paupière, ou mieux, de la plaie qui résulte de son excision, une incision curviligne à convexité supérieure de huit lignes de longueur, anguleuse à sa partie moyenne qui regarde en haut, et qu'on la fasse rencontrer à ses deux extrémités par une autre incision semblable à convexité inférieure, en ayant le double soin de lui donner aussi un angle au milieu, et de la joindre circulairement au contraire par ses deux extrémités à la précédente, on aura circonscrit ainsi un lambeau losangique dont les angles supérieur et inférieur seront obtus et les latéraux arrondis, dont le petit diamètre sera vertical, à peine étendu de trois à quatre lignes, et le transverse aura deux à trois fois plus de longueur. La peau seule sera incisée et disséquée ; la cicatrice comprise dans le lambeau sera par conséquent enlevée. Si alors, profitant de la laxité des téguments de cette région on réunit verticalement les bords de cette plaie, on la convertit en une fente longitudinale dont trois à quatre petites épingles et un fil ciré assurent la réunion. La paupière inférieure se trouve alors relevée dans une étendue qui aura précisément pour mesure le rapport du diamètre transverse de la plaie à celui du diamètre longitudinal.

La laxité des téguments plus grande en dehors près de la tempe

qu'en dedans près du nez, devra engager à rapprocher davantage la plaie de la première que de la seconde de ces régions.

En supposant que cette laxité ne soit pas assez grande pour permettre un rapprochement des bords de la solution de continuité, une dissection latérale devra la favoriser.

Par ce procédé on ménage le bord libre des paupières; on enlève la cicatrice; on fait par conséquent disparaître la difformité, et l'on prévient son influence consécutive; en outre on n'a pas à craindre que des cicatrices nouvelles fassent reparaître le renversement; bien loin de là, puisque le mode des réunions doit tendre incessamment à le diminuer.

Cela n'empêchera pas d'exciser en même temps le bourrelet muqueux, de tirer sur le cartilage tarse, et de le renverser s'il y a lieu.

La plaie est moins étendue que par l'incision en V, suivie de la dissection des lambeaux, et ce qui vaut mieux, cette dissection n'est pas nécessaire.

Enfin, cette méthode peut s'appliquer au traitement de l'entropion mais en renversant le procédé, c'est-à-dire en plaçant le grand diamètre du losange verticalement au lieu de le faire transversal, et en réunissant de bas en haut au lieu de rapprocher de droite à gauche. Toutefois, dans ce dernier cas, l'excision simple comme on la pratique habituellement nous paraîtrait peut-être encore préférable.

J'ajouterai en terminant qu'il est fort important, avant de rien entreprendre, de bien apprécier la position, l'étendue, et surtout la profondeur de la cicatrice, de constater son degré de tension et la proximité du bord libre des paupières. La simple incision du tissu inodulaire doit suffire quelquefois là comme ailleurs; mais là comme ailleurs aussi, l'excision de ce tissu fibreux est encore indiquée, et la réunion immédiate obtenue alors conformément aux idées de Delpech nous semble de première nécessité.

Il va sans dire enfin que dans les cas où le bord libre de la paupière serait compris dans la cicatrice, on ne devrait pas songer à notre méthode, telle du moins que nous venons de l'exposer. Alors on pourrait faire l'incision en V d'Adams, et sacrifier une partie du bord des paupières, ou bien faire notre incision au-dessous de la cicatrice, et réunir comme nous l'avons indiqué. Dans ce dernier cas (mais il y aurait nécessité d'agir ainsi), le résultat serait beaucoup moins avantageux.

Bouchacourt.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR L'IODURE DOUBLE DE MERCURE ET DE POTASSIUM.

Plusieurs personnes étant venues dans ces derniers temps me demander des renseignements sur l'iodohydrargyrate d'iodure de potassium, qui avait été prescrit comme médicament, j'en pensai qu'il pourrait être utile aux praticiens qui ne suivent que de loin la marche de la science, de rapporter ce que l'on sait sur la nature, les propriétés et la préparation de ce sel. Disons d'abord quelques mots sur l'expression *iodohydrargyrate d'iodure de potassium*, dont la longueur et l'étrangeté apparente sont bien suffisantes pour effrayer tout autre qu'un adepte. Pour être mieux compris, j'exposerai le système général de nomenclature auquel ce mot est emprunté.

L'oxygène qui se combine aux corps simples forme deux ordres de composés qui se distinguent par l'ensemble de leurs propriétés chimiques, savoir : les oxydes et les acides ; les premiers se distinguent des seconds, précisément parce qu'il leur manque le caractère d'acidité; plusieurs sont neutres; mais beaucoup peuvent s'unir aux acides et remplir, comme le disent les chimistes, les fonctions de *base*.

Un acide et un oxyde qui se combinent ensemble donnent naissance à un corps plus composé qui prend le nom de sel; le système de nomenclature suivi pour ces nouveaux corps est bien connu ; ce sont des sulfates, des sulfites, des phosphates, des hypophosphites de potasse de soude, d'oxyde de fer, de plomb, de mercure, etc.

Ces sels souvent se combinent entre eux pour former des corps plus composés encore : tel est par exemple l'alun ou sulfate double d'alumine et de potasse.

Ce que tous les composés précédents ont de commun, c'est qu'ils sont tous des corps oxydés; isolés dans les oxydes et les acides, combinés deux à deux dans les sels : ces derniers pouvant encore s'unir deux à deux pour constituer les sels doubles.

Considérons maintenant les combinaisons du chlore, nous verrons que ce corps peut se combiner avec les corps simples comme le fait l'oxygène, et donner naissance à des combinaisons binaires, puis à des composés résultant de l'union de deux chlorures simples, et qui correspondront aux sels que produisent les corps oxygénés; enfin ces composés chlorés de deuxième ordre pourront se combiner et donner naissance à

des corps correspondants aux sels doubles ; mais ceux-ci n'ont pas été étudiés.

Les combinaisons du chlore avec les corps simples s'appellent des chlorures ou des chlorides : des chlorures quand ils correspondent aux oxydes; des chlorides quand ils correspondent aux acides oxygénés, ou qu'ils peuvent remplir les fonctions d'acide. Ainsi le chlorure de potassium diffère de la potasse en ce qu'il contient une proportion de chlore au lieu d'une proportion d'oxygène; il est basique à la manière de la potasse ; le chloride d'arsenic correspond, soit à l'acide arsénieux, soit à l'acide arsénique; il contient autant de proportions de chlore que les acides oxygénés renferment de proportions d'oxygène.

Un chlorure basique qui se combine avec un chloride forme un sel dans lequel les deux éléments constituants contiennent tous deux le chlore ; le chlorure fait les fonctions de base; le chloride fait les fonctions d'acide. On suit pour la nomenclature une règle analogue à celle des sels oxygénés. On donne à l'acide une terminaison en ite ou en ate ; mais ici il faut exprimer que ce n'est plus l'oxygène mais le chlore qui est le principe commun à la base et à l'acide ; à cet effet on emploie les expressions comme les suivantes : chloro-arsénite, chloro-arséniate; ce sont les combinaisons où le chloride d'arsenic fait les fonctions d'acide, tantôt le chloride correspondant à l'acide arsénieux (chloro-arsénite), tantôt le chloride correspondant à l'acide arsénique (chloro-arséniate). La combinaison du sublimé corrosif (chloride mercurique) prendra le nom de chlorohydrargirate. Quant à la base de ce genre de sel, on la nomme souvent tout entière chloroarséniate de chlorure de potassium, chlorosulfite de chlorure de plomb, chlorohydrargirate de protoiodure ou de deutoiodure de mercure; mais quand le radical du chlorure ne peut former qu'une seule combinaison, il est inutile de répéter le mot chlorure; chloroarséniate de potassium dit autant que chloroarséniate de chlorure de potassium.

Le brôme, l'iode, le soufre, le cyanogène, etc., etc., peuvent à leur tour remplacer l'oxygène et donner lieu à des combinaisons correspondantes pour lesquelles on suit un même système de nomenclature ; on a des bromures et des bromides, des iodures et des iodides, des sulfures et des sulfides, des cyanures et des cyanides. Les combinaisons de ces bases avec ces acides fournissent des composés comme les suivants : bromo-sulfate de potassium, iodo-hydrargyrate de potassium, iodo-hydrargirate de protoiodure de mercure, sulfo-arsénite ou sulfarsénite de calcium.

Il arrive quelquefois que la base et l'acide ne contiennent pas le même élément commun, ainsi qu'un chloride est combiné avec un io-

dure; il est alors important de l'exprimer. Chlorohydrargirate de proto-iodure de mercure indiquera suffisamment que le sublimé corrosif est l'acide, et que le protoiodure de mercure fait les fonctions de base.

Le lecteur n'aura sans doute pas de peine à comprendre maintenant que iodohydrargirate d'iodure de potassium exprime une combinaison de l'iodure de mercure (bi-iodure de mercure), faisant les fonctions d'acide avec l'iodure de potassium faisant les fonctions de base. On aurait pu dire plus simplement iodo-hydrargirate de potassium, et mieux encore, quand on a voulu transporter ce composé dans la matière médicale, iodure double de mercure de potassium.

Ce sel a été obtenu pour la première fois par Polydore Boullay. Il est formé de :

2 prop. biodure de mercure. . . .	70,30
1 prop. iodure de potassium. . . .	25,51
3 prop. eau.	4,19
	100

Il cristallise en longs prismes jaunes, quelquefois en octaèdres. Il est décomposé par l'eau qui en précipite la moitié de l'iodure de mercure qui y est contenu. L'alcool et l'éther le dissolvent sans le décomposer.

Il est inaltérable à l'air ; les acides en précipitent l'iodure de mercure ; le fer, le cuivre, en séparent le mercure.

On l'obtient en faisant dissoudre dans l'eau une proportion d'iodure de potassium ou deux cent sept parties, et deux proportions de biodure de mercure ou cinq cent soixante-neuf parties ; on évapore à une douce chaleur pour faire cristalliser. Soubeiran.

OBSERVATIONS SUR LE PROTO-SULFATE DE FER. MOYEN DE LE PRÉPARER POUR QU'IL SE CONSERVE TOUJOURS AU MINIMUM D'OXYDATION.

Pour se procurer le proto-sulfate de fer pur, il ne faut, comme on le sait, que quelques soins. Mais dès qu'on veut le conserver exempt d'altération et tel qu'il existe lorsqu'on vient de l'obtenir cristallisé, il se présente certaines difficultés. Sa couleur, qui doit toujours se rapprocher de celle du béryl bleuâtre, passe souvent au jaune verdâtre, même après très-peu de temps, et cette modification le rend alors impropre à tel ou tel usage auquel on l'aurait destiné.

Ainsi il serait tout à fait impossible d'employer le proto-sulfate de fer sous ce dernier état à la préparation d'un carbonate de fer, exactement au minimum d'oxydation, sans s'exposer à y avoir mélangé un sel de fer plus oxygéné.

Ce qui fixa mon attention sur cet objet, c'est que j'eus occasion de préparer, pour les besoins de notre maison de produits chimiques, soit du carbonate ferreux pur destiné à confectionner de la masse pilulaire de ce composé, soit du sulfate de fer, d'après la méthode de Bonsdorff, que Klauer de Mulhausen conseille comme le plus convenable pour donner, par sa décomposition à l'aide d'un carbonate alcalin, un sel ferreux entièrement au minimum d'oxydation. Employé immédiatement, ce sulfate de fer donne bien le résultat annoncé, mais il n'en est pas toujours de même avec celui qu'on a préparé longtemps à l'avance, car il ne conserve pas toujours son état primitif de composition, ce que j'ai pu remarquer ayant répété à plusieurs reprises ce procédé, en agissant sur d'assez fortes quantités. Quelquefois après un temps plus ou moins long, il finit par prendre l'aspect ocreux de celui que l'on rencontre dans le commerce, et que l'on ne peut utiliser dans le cas que j'ai signalé ci-dessus.

Dans la méthode décrite par Bonsdorff on rencontre aussi une foule de précautions très-méticuleuses dont il faut s'entourer pour arriver à bien, et il devient toujours difficile de s'y conformer exactement lorsqu'on opère un peu en grand, comme c'est le cas généralement en fabrique. Ainsi le temps qu'exigent les filtrations pour une quantité un peu considérable de liqueur ferreuse présente cet inconvénient, qu'il n'est pas aisé de se garantir du contact de l'air, et l'on sait avec quelle facilité la dissolution passe en partie à un degré d'oxygénation plus avancé. Alors la très-faible quantité d'acide sulfurique qu'il prescrit peut se trouver insuffisante pour redissoudre le sulfate de sesquioxyde de fer qui s'est formé ; et si par tâtonnement l'on n'est pas arrivé à en ajouter ce qui est nécessaire, on a à craindre que l'opération ne réussisse plus qu'imparfaitement. De plus, si l'acide sulfurique a suffi pour redissoudre le sel de fer péroxydé, ne pourrait-il pas se faire que le proto-sulfate de fer, qui cristallise par le refroidissement de la liqueur, et qui contient une grande quantité d'eau de cristallisation, ne restât imprégné d'une liqueur dont l'influence le disposerait à s'altérer?

Ce sont ces diverses considérations qui m'ont engagé à proposer le mode de préparation suivant, qui ne demande que peu d'attention, et donne constamment un proto-sulfate de fer identique qui peut se conserver très-facilement toujours au minimum d'oxydation.

Après avoir dissous et fait recristalliser dans l'eau aiguisée d'acide

sulfurique du sulfate de fer du commerce, exempt de cuivre ou de zinc, on prend de ce sel la quantité désignée ci-dessous.

Sulfate de fer du commerce purifié.	500
Eau distillée.	550
Limaille ou tournure de fer pur.	8
Alcool à 33°, et mieux à 36°.	375
Acide sulfurique.	8

Lorsque l'eau est en ébullition, on y projette par portion le sulfate de fer, jusqu'à ce qu'il soit dissous. On ajoute ensuite la limaille de fer, et après quelques instants on filtre bouillant. On a soin préalablement de bien imbiber d'eau les filtres pour faciliter et rendre plus prompt l'écoulement de la liqueur. La dissolution ferreuse est alors reçue dans un vase où se trouve l'alcool mélangé préalablement à l'acide sulfurique. A mesure qu'elle y arrive on l'agite vivement avec une baguette de verre, et instantanément le proto-sulfate de fer se précipite sous forme de poudre cristalline d'un blanc bleuâtre. Après le refroidissement on décante le liquide alcoolique surnageant, et on met égoutter sur une toile ou sur des filtres le dépôt qui s'est formé, dont on achève la dessiccation en l'étalant sur des doubles de papier que l'on renouvelle par d'autres lorsqu'ils sont imbibés.

Dans cette opération, la limaille de fer ajoutée tend à rendre la dissolution aussi saturée de fer que possible.

L'alcool a pour but d'en précipiter le sulfate de fer au minimum, tout en retenant dissous dans la liqueur surnageante le persel qui aurait pu prendre naissance dans le cours des manipulations. Quant à l'acide sulfurique mélangé à l'alcool, il est indispensable, en ce qu'il prévient la formation d'une poudre ocreuse qui se déposerait avec le proto-sulfate de fer au moment du refroidissement du liquide. Ici, comme dans la dissolution aqueuse, il redissout le sel basique ferrique qui se produit, avec cette différence cependant que l'alcool, en précipitant de suite le proto-sulfate de fer, le soustrait ainsi à l'influence de l'excès d'acide sulfurique et du persel de fer, sous laquelle il reste pendant le temps plus ou moins long qu'il met à cristalliser.

Ce proto-sel de fer contient la même quantité d'eau que celui qu'on a fait cristalliser dans l'eau. Ce n'est qu'à une température de 80°, et en faisant bouillir pendant quelque temps le sulfate ferreux dans l'alcool fort que M. Mitscherlich a observé qu'il perdait une portion de son eau de cristallisation ; et en opérant comme je viens d'indiquer, on ne se trouve dans aucune de ces conditions.

Dans le cas où l'on voudrait remplacer le sulfate de fer cristallisé par une dissolution de fer dans l'acide sulfurique étendue d'eau et préparée

comme l'indique Bunsdorff, on le pourrait très-bien, toutefois en recevant la liqueur filtrée dans l'alcool acide. Ainsi, d'après ce qui précède, on voit combien il est facile d'obtenir un sulfate ferreux constamment au minimum d'oxydation, tout en prévenant son altérabilité. Et si, comme il est dit par les auteurs d'un rapport fait à l'Académie sur le carbonate ferreux, en parlant des propriétés du proto-sulfate de fer, la couleur en est le réactif le plus sensible, on pourra se convaincre que celui préparé au moyen de l'alcool mélangé à l'acide sulfurique satisfait pleinement à cette condition, puisqu'au moment de sa précipitation il est en petits cristaux de la nuance du béryl bleuâtre, et que, desséché et mis en poudre très-fine, il a la blancheur du chloride de mercure. Je dirai en outre que j'en conserve depuis plusieurs mois de diverses opérations, sans qu'il passe à la couleur jaune verdâtre, tandis que j'ai vu nombre de fois du proto-sulfate de fer pur obtenu par les moyens ordinaires prendre cette teinte, même l'ayant enfermé immédiatement après la préparation dans des flacons bien bouchés à l'émeri.

Peut-être pourrait-on objecter que l'alcool rend cette opération plus dispendieuse. Mais comme on peut retirer les deux tiers de l'alcool employé en distillant au B. M. les liqueurs séparées du sel, en y ajoutant Q. S. de lait de chaux, pour saturer l'excès d'acide, cette perte se réduit à peu de chose comparativement aux avantages qu'on en retire, et surtout à celui de pouvoir en toute circonstance avoir immédiatement à sa disposition du sulfate ferreux parfaitement au minimum d'oxydation.

On avait déjà fait usage de l'alcool pour la préparation du sulfate de fer, comme nous en avons l'exemple dans le sel de mars de Rivière. Ainsi, on faisait un mélange de deux parties d'acide sulfurique pour une d'alcool, puis on mettait cette liqueur dans une poêle en fer, et en abandonnant au repos, l'acide agissait sur le fer, l'alcool s'évaporait, et il restait une couche de sel que l'on enlevait. Mais on voit à quelle lenteur entraînait cette opération, sans parler des autres inconvénients.

BERTHEMOT.

DE L'ACTION DES AMANDES AMÈRES SUR LE MERCURE DOUX.

J'avais remarqué, en 1835, l'action des amandes amères sur le calomel, et je cherchais à expliquer ce phénomène, lorsque je lus, dans le numéro de juin 1836, des Annales de chimie et de physique, page 138, que M. Liébig s'occupait de quelques recherches sur l'amygdaline. J'abandonnai mon travail, car je ne devais pas espérer, un aussi habile chimiste s'occupant de l'étude d'un corps, pouvoir trou-

ver quelque chose qui dût servir à son histoire. Maintenant que ses belles expériences sont connues, et que ses intéressantes recherches n'ont pas donné l'explication que je cherchais, je vais rapporter les expériences qui me sont propres.

Les amandes amères, quand elles sont sèches et broyées, n'ont aucune action sur le calomel; mais ce corps est instantanément altéré quand on ajoute un peu d'eau. Ce fait coïncide évidemment avec la décomposition de l'amygdaline; car si on délaie du calomel dans un soluté d'amygdaline, il n'y a aucune action, et, quand on y ajoute un soluté d'émulsine (albumine des amandes), le calomel devient gris.

Le calomel est aussi bientôt altéré quand on le place avec un peu d'eau dans un ballon, et quand on fait arriver dessus, à l'aide d'un tube, le liquide qui distille d'une émulsion d'amandes amères. La liqueur filtrée contient du cyanure de mercure, du bichlorure de mercure et de l'hydrochlorate d'ammoniaque. — La formation de l'ammoniaque dans cette circonstance serait le résultat de la réaction de l'émulsine sur l'amygdaline, réaction qui donne naissance à l'ammoniaque, produit qui a échappé à M. Liébig, et qu'il faut ajouter à ceux qui ont été observés par cet habile chimiste.

Je ne savais pas, quand j'entrepris ces recherches, que M. Regimbeau avait présenté en 1829 une note sur le même sujet. C'est M. Soubeiran qui eut l'extrême obligeance de m'indiquer le volume du journal de pharmacie qui contenait ce travail.

M. Regimbeau ne s'est occupé que de l'action de l'acide cyanhydrique sur le calomel, et a conclu de ses expériences que l'hydrogène de cet acide se portait sur le chlore du chlorure mercureux, et donnait lieu à la formation d'une certaine quantité d'acide chlorhydrique, et qu'il devait aussi se former un peu de cyanure mercuriel, tandis que le mercure en excès se précipitait dans un état de division extrême; et qu'il apparaissait sous forme de globules très-brillants. M. Soubeiran fit observer et prouva que cette réaction était plus compliquée que ne l'indiquait M. Regimbeau.

Après avoir fait agir l'acide cyanhydrique sur le calomel, je trouvai que la liqueur contenait de l'acide chlorhydrique, du cyanure de mercure, du chlorure de mercure et de l'hydrochlorate d'ammoniaque. Le calomel qui a éprouvé l'action de l'acide cyanhydrique est d'un gris plus ou moins foncé; quand on l'examine au microscope, on y aperçoit des points brillants, qui sont, comme M. Soubeiran l'a déjà indiqué, des cristaux de calomel et non des globules de mercure. Cette poudre grise qui ne contient pas de mercure isolé peut être considérée comme une combinaison particulière de chlorure mercureux et de mercure,

parce que l'action de l'acide cyanhydrique n'est que superficielle, car l'on retrouve toujours du calomel non altéré. La molécule métallique mise à nu enveloppe le calomel et le protége. Cette action pourrait bien avoir une certaine analogie avec celle de l'oxygène sur l'arsenic métallique.

Je puis conclure de mes expériences :

Que sous l'influence de l'émulsine, l'amygdaline produit de l'ammoniaque ;

Qu'il serait très-dangereux de faire des préparations médicinales avec du calomel et des amandes amères, parce que ces corps réagissent l'un sur l'autre et donnent naissance à du cyanure mercurique, à du chlorure mercurique et à de l'hydrochlorate d'ammoniaque qui protége ces corps ;

Que l'acide cyanhydrique est altéré par le calomel, de manière à former du cyanure et du chlorure mercurique et du chlorhydrate d'ammoniaque ;

Que du mercure est mis à nu, mais qu'il reste maintenu près du calomel par une certaine force qui est vaincue par la chaleur ;

Qu'il se forme une matière organique particulière, qui n'a point été isolée ;

Enfin je puis ajouter, en me basant sur d'autres expériences que je ne rapporte pas ici, que l'acide hydrocyanique est encore altéré par le nitrate mercureux ; que dans cette réaction il ne se forme pas de matière organique, mais qu'il paraît se dégager de l'acide carbonique.

DESCHAMPS,
Pharmacien à Avallon.

SUR LA RECTIFICATION DE L'ALCOOL.

Il résulte de nombreuses expériences faites par M. Soubeiran :

1° Que de tous les corps employés à la rectification de l'alcool, le carbonate de potasse est celui qui lui fait acquérir le plus facilement et avec le moins de frais possibles 94 c. à 95 c.

Pour cela, il faut laisser agir à une température d'environ 15° cinq cent grammes de carbonate de potasse calciné, sur cinq litres d'alcool à 86 c., et distiller sur le sel alcalin.

Le carbonate de potasse se liquéfie peu à peu ; l'alcool, qui avait dissous un peu d'alcali, l'abandonne à mesure que la rectification s'opère.

2° Et que pour avoir facilement, abondamment et économiquement de l'alcool absolu, il faut prendre de l'alcool à 94 c. à 95 c., préparé

comme ci-dessus, y ajouter cinq cents grammes de chaux vive par litre d'alcool, laisser pendant deux ou trois jours en contact à l'étuve, et distiller lentement.

La chaux ne communique ainsi aucune odeur désagréable à l'alcool, qui réunit au contraire toutes les qualités qu'on peut désirer.

BAUME OPODELDOCH LIQUIDE.

La facilité avec laquelle le baume Opodeldoch ordinaire s'échappe des mains lorsqu'on l'emploie en frictions, la difficulté de le mélanger aux liquides aromatiques avec lesquels les médecins le prescrivent quelquefois, ont engagé M. Vogt, pharmacien à Wildbad, à proposer un baume opodeldoch liquide, ou esprit de savon composé, qu'il prépare de la manière suivante :

Prenez :	Savon blanc de Venise.	3 onces.
	Alcool à 34°.	10 onces.
	Eau de fontaine.	4 onces.
	Camphre.	3 onces.

Faites, selon l'art, la dissolution du camphre et du savon; mêlez, filtrez, et ajoutez :

Huile essentielle de thym. . . .	1 once.
de lavande. . .	1 once.
Ammoniaque liquide.	2 onces.

Conservez dans des flacons bien bouchés.

Ce baume a l'avantage de pouvoir être employé seul ou mêlé à d'autres liquides spiritueux aromatiques, sans occasionner la moindre perte; on peut, pour s'en servir, en imbiber une éponge fine avec laquelle on pratique les frictions.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'UTILITÉ DU SULFATE DE QUININE DANS LES HYDROPISIES CONSÉCUTIVES AUX FIÈVRES INTERMITTENTES.

Toutes les hydropisies ne reconnaissent pas une cause unique, comme le prétendent ceux qui les font dépendre dans tous les cas d'une lésion matérielle circonscrite. Les unes tiennent à une altération des organes de la circulation, et ce sont celles dont on s'est occupé trop

exclusivement pendant ces dernières années; les autres à un engorgement actif ou passif des viscères de l'abdomen, qu'on a qualifié aussi : trop absolument d'inflammation chronique; mais indépendamment de ces causes palpables et bornées, il en existe de non moins réelles qui ont été entièrement méconnues par les systématiques de notre temps. au nombre de ces causes de l'hydropisie doivent figurer les fièvres intermittentes. La méthode thérapeutique de cette maladie change de principe et d'objet d'après la différence de ses causes, voilà pourquoi nous disons que les distinctions de l'hydropisie établies sur ces différences, méritent toute la considération des praticiens; nous allons en offrir des preuves dans le succès de l'emploi du sulfate de quinine contre quelques cas de cette dernière espèce.

La fièvre intermittente ne laisse pas seulement après elle des engorgements de l'organe splénique, mais à la fin de l'automne, quand la transpiration cutanée diminue, il survient des hydropisies qui compromettent la vie des malades.

Obs. I. — Bally, âgé de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, sujet à de violentes douleurs de poitrine, avait une fièvre tierce depuis un mois, lorsqu'il se résigna à prendre du sulfate de quinine; guérison de la fièvre, rechute quelques jours après. Cette dernière fois il ne prit aucun médicament et la fièvre disparut; cependant chaque soir il y avait de l'œdème aux malléoles, qui, augmentant de jour en jour, ne tarda pas à envahir les cuisses et l'abdomen. Lorsque je le vis pour la première fois, il y avait huit jours qu'il était alité; la respiration était très-difficile, il y avait orthopnée; le ventre était très-volumineux, les cuisses et les jambes, la face et les membres supérieurs étaient aussi œdématiés; la sécrétion urinaire était rare et la soif ardente, le pouls était précipité et la peau chaude; de temps en temps de légers redoublements fébriles, mais principalement le soir à trois heures. D'après cet ensemble de symptômes il nous fut facile de diagnostiquer une hydropisie. — Deux vésicatoires aux cuisses, petit-lait réitéré deux fois par jour, tisane de pariétaire édulcorée avec le sirop de pointes d'asperges, deux pilules faites avec deux grains de calomelas, un grain de digitale et de scille, une le matin et l'autre le soir.

Le malade étant à la campagne, je passai quelques jours sans le voir; à mon arrivée je trouvai l'anasarque augmentée. Je fis continuer la même prescription avec addition de quatre grains de poudre de Dower répétée trois fois par jour.

Sous l'influence de cette médication, la maladie ne s'étant point amendée, quatre jours après je fis cesser les pilules de digitale et de scille pour les remplacer par d'autres faites avec le calomel, la gomme

gutte, etc.; des frictions à la partie interne des cuisses et autour de la région lombaire, avec une mixture de teinture de digitale et de scille.

Huit jours de persévérauce dans cette nouvelle médication ne produisirent aucun effet. L'orthopnée était très-prononcée, et j'étais sur le point de pratiquer la paracentèse, lorsque l'exacerbation, qui se montrait presque tous les jours à trois heures, me fit songer à administrer le sulfate de quinine.

Cinq pilules de deux grains chaque, additionnées de trois grains de digitale et un demi grain d'acétate de morphine lui furent données avant l'exacerbation de la fièvre.

Le lendemain le mouvement fébrile fut beaucoup moindre, les urines coulèrent plus abondamment. Administration de quatre pilules deux heures avant l'exacerbation.

Le troisième jour de l'administratiou du sulfate de quinine le ventre avait beaucoup diminué, la respiration était plus facile. Continuation pendant quatre jours de la même dose de sulfate de quinine et à la même heure. Guérison complète au bout de huit jours.

Sans doute je n'avais pas employé tous les médicaments que la thérapeutique met entre les mains du praticien pour combattre les hydropisies, je ne m'étais servi que de ceux auxquels la propriété diurétique est généralement accordée. On voit combien leur emploi a été de peu d'utilité, tandis qu'il y a eu diminution de la maladie sitôt l'administration du sulfate de quinine. Il me semble qu'il ne doit pas rester de doute sur l'effet de ce médicament.

Obs. II. Tissot, cultivateur, âgé de quarante-deux ans, d'un tempérament sanguin, eut, au mois de jnin 1837, une fièvre intermittente qui, pendant cinq mois, se presenta sous tous les aspects que peut présenter une fièvre à type régulier, tantôt quarte, tantôt tierce, continue et rémittente; il ne fit usage d'aucun médicament, pensant que la nature se débarrasserait de cette affection; ses espérances furent déçues, et au mois d'octobre de la même année, la fièvre cessa de se présenter sous une forme régulière; les extrémités inférieures s'œdématièrent et le ventre acquit un volume énorme; les urines étaient rares et fréquentes, l'appétence pour les boissons froides très-prononcée. Le malade avait la peau âcre et chaude, le pouls battait avec force; la respiration était précipité; il nous fut facile de diagnostiquer une hydropisie dont la cause n'était nullement matérielle.

Les diurétiques et les purgatifs avaient été administrés en assez grande quantité, lorsque je songeai à lui faire prendre, matin et soir, pendant plusieurs jours, six grains de sulfate de quinine unis à la digitale et à l'a-

cétate de morphine. Sous l'influence de ce médicament les urines devinrent plus abondantes; une légère diaphorèse s'établit, et dix jours suffirent pour rendre à ce malade la santé qu'il avait perdue depuis si longtemps.

Le sulfate de quinine a fait disparaître l'hydropisie, qui avait résisté à tous les moyens que la pratique a confirmé utiles dans les anasarques. Son effet a été tellement prompt et efficace qu'on est obligé de le considérer comme aussi spécifique dans cette circonstance que lorsque les accès de fièvre intermittente sont réguliers.

Obs. III. Rabaud, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, avait une fièvre intermittente depuis dix-huit mois, qui avait disparu momentanément par l'administration du sulfate de quinine, lorsque ses extrémités inférieures commencèrent à s'œdematier et le ventre à se tuméfier; la respiration était difficile et les urines rares; tout portait à croire à une hydropisie par une cause matérielle, lorsque le sulfate de quinine lui fut administré à la dose de six gros, matin et soir; sous l'influence de ce médicament qui fut continué pendant huit jours, tous les symptômes disparurent.

Ces faits ne sont peut-être pas suffisants pour pouvoir tirer des conclusions thérapeutiques, mais c'est déjà beaucoup à notre avis d'avoir rappelé aux praticiens que certaines hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes réclament un traitement identique à ces fièvres périodiques

DASSIT, D.-M.,
à Confolens (Charente).

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ de Pathologie externe et de Médecine opératoire; par M. Vidal de Cassis. — Tomes I et II.

A nulle autre époque la chirurgie n'a été cultivée avec autant d'ardeur que de nos jours. Outre les hommes d'élite, toujours en petit nombre, que chaque pays compte avec orgueil, et qui peuvent être considérés comme les chefs de la science, une foule de travailleurs plus modestes mettent la main à l'œuvre, satisfaits de contribuer pour leur part à l'avancement de l'édifice; chaque jour ajoute quelques matériaux à ceux de la veille; et pour les élèves qui ont besoin avant tout d'un exposé précis de la science contemporaine, et pour les praticiens qui ne veulent pas demeurer en arrière, il faut que de temps à autre une main habile réunisse tous les faits nouvellement découverts, les rattache aux

acquisitions anciennes, et forme du tout un ensemble exact et méthodiquement coordonné.

Considéré sous ce point de vue, le livre de M. Vidal ne pouvait venir plus à propos. Près de vingt années se sont écoulées sans que nous ayons vu paraître de traité de pathologie chirurgicale de quelque étendue; l'ouvrage de M. Bégin, celui de M. Sauson sont des résumés fort bien faits sans doute, mais qui pèchent par un peu trop de brièveté; il y avait là une lacune réelle que M. Vidal s'est proposé de remplir. Les deux volumes qu'il vient de livrer au public ne forment que la première partie de son œuvre, qui sera complète en cinq volumes.

L'analyse exacte d'un ouvrage de ce genre est chose à peu près impossible. Il faudrait le comparer à ceux qui l'ont précédé, indiquer tous les faits de date récente dont il s'est enrichi, et tracer ainsi une sorte de tableau des progrès de la chirurgie durant ces dernières années; tâche ingrate, puisqu'elle se réduirait sous nos mains en une rapide et sèche énumération. Mais ce que nous pouvons faire, c'est de rechercher quelle méthode a présidé à la composition du livre, dans quel ordre toutes choses ont été classées, à quel point de vue philosophique et critique les doctrines ont été appréciées, et enfin si l'auteur a suffisamment rempli les conditions qu'il s'était posées sans doute, d'être un historien à la fois impartial et complet.

L'auteur débute par des prolégomènes divisés en deux parties; l'une qui comprend le diagnostic chirurgical, l'autre réservée aux généralités de la médecine opératoire, méthodes, procédés, indications et contre-indications, enfin opérations élémentaires et opérations de petite chirurgie; ceci est, à mon sens, une heureuse innovation; le chirurgien ainsi préparé à bien voir et à bien juger abordera avec plus de facilité et de succès l'étude des questions spéciales; ces premiers chapitres constituent, à proprement parler, une pathologie et une thérapeutique chirurgicales générales.

Le corps de l'ouvrage est divisé en trois grandes sections, 1° *Maladies chirurgicales dont tous les tissus organiques peuvent être affectés*; inflammations, plaies, brûlure, gangrène, ulcères, etc.; c'est ce que M. Vidal appelle la *chirurgie générale*; 2° *maladies chirurgicales considérées dans les divers tissus organiques*; ainsi les anévrysmes pour le tissu artériel, les fractures pour le tissu osseux : c'est la chirurgie des tissus; 3° *maladies chirurgicales considérées dans les diverses régions* : c'est la *chirurgie des régions*. La première idée de cette classification peut être rapportée à Boyer; mais M. Vidal en a séparé les termes avec plus de précision; et je l'approuverai avec d'autant moins de réserve, que moi-même j'ai cru devoir adopter une classification

presque semblable dans mon *Manuel de médecine opératoire*. Elle introduit un ordre lumineux, facile à saisir et à retenir ; elle rapproche, autant que possible, les lésions qui ont entre elles de notables affinités ; enfin, et par-dessus tout, elle présente un cadre complet, où tous les faits connus trouvent place, et qui se prête même à recevoir tous les faits à venir.

Quant à la recherche des faits, sans doute les chirurgiens habitués à creuser toutes les questions pourront remarquer des omissions de détails, et j'en aurais pu signaler quelques-unes, si je ne m'étais représenté qu'après tout ce travail avec ses cinq volumes, comprenant beaucoup plus de choses que la chirurgie de Boyer, qui en a onze, ne pouvait avoir eu la prétention de tout dire. Ce qui importe, c'est qu'aucune question essentielle n'ait été négligée ; c'est que l'auteur ait consciencieusement puisé à toutes les sources, et principalement aux sources modernes. Or, c'est un point que j'accorderai avec plaisir à M. Vidal pour ses deux premiers volumes. Peut-être même a-t-il fait preuve d'un excès de modestie, en empruntant textuellement à M. Velpeau plusieurs chapitres inédits de la prochaine édition de sa médecine opératoire, et en réclamant la coopération de M. Goyrand pour le chapitre des fractures. Nous aurons un jour le livre de M. Velpeau, et nous aurons à regretter alors d'en trouver quelques parties dans celui de M. Vidal. Il n'y a rien à perdre, et il y a à gagner pour la science que les mêmes sujets soient traités par deux hommes d'un génie aussi différent.

Il reste enfin à rechercher l'esprit général du livre, la manière dont les choses sont présentées et appréciées. Je dirai peu de chose du style ; en science, son principal mérite est la clarté. Celui de M. Vidal a généralement une grande lucidité ; et par intervalles même on y rencontre une originalité d'expressions à la fois heureuse et rare : malheureusement il ne se soutient pas ; quelquefois il devient lâche et traînant ; *le bon Homère sommeille* ; et il y a, surtout dans les pages consacrées à des discussions, certaines tournures qui reviennent un peu trop souvent.

Ce qui importe davantage c'est la critique, et à cet égard, il y a beaucoup à louer ; peut-être y a-t-il un peu à reprendre. M. Vidal est un esprit d'une trempe peu ordinaire ; sceptique par nature et aussi par habitude ; et quand il se livre à cette disposition, rien ne lui résiste ; il va attaquant et démolissant sans pitié les théories, et quelquefois même les faits. Certes, je préfère infiniment cet examen hardi qui va droit au fond des choses, allât-il beaucoup trop loin, à l'indifférente quiétude de beaucoup d'auteurs ; et pour les chirurgiens suffisamment avancés dans l'étude de leur art, ce livre offrira à la fois un vif intérêt

et un mérite essentiel ; il fait penser. Mais si le doute, suivant l'expression de Montaigne, est un bon oreiller pour une tête bien faite, toutes les têtes ne sauraient s'y reposer ; et je crains que plus d'un élève après avoir lu une des tirades pleines de verve de M. Vidal, qui se résumerait volontiers en ces deux mots ; *que sais-je?* n'en viennent à se demander si c'est bien là la science, et même s'il existe une science. D'autres fois, mais beaucoup plus rarement, ce génie destructeur semble se reposer; il tombe alors dans une sorte d'indifférence qui n'est qu'une autre espèce de doute; j'en trouve sous mes yeux un singulier exemple. A propos des luxations du poignet, M. Vidal expose l'état de la science; on n'en connaît pas un seul exemple ; dès lors il serait sage, dit-il, de renvoyer le lecteur à l'article des fractures du radius. Et puis, il ajoute qu'il va cependant, ne fût-ce que pour mémoire, décrire ces luxations. Mais il ne veut pas prendre sur lui la responsabilité de la description, et il copie textuellement celle de Boyer, à qui il décoche en passant un petit trait de critique. Je le répète : cette forme inusitée d'exposition a son attrait et son mérite pour un chirurgien avancé; elle ne sera pas sans danger pour les autres.

En résumé, ce livre vient à temps ; il remplit une lacune réelle ; c'en serait assez déjà pour obtenir un succès tel qu'il le faut au libraire ; mais toute part faite à la critique, il offre assez de qualités pour en justifier un autre tel que peut l'ambitionner l'auteur. MALGAIGNE.

NOTICE historique sur la vie, les travaux, les opinions médicales et philosophiques de F.-J.-V. Broussais, etc.; par C. de Montègre, docteur-médecin. In-8° ; 156 pages.

Il faut avouer que la mort a de singuliers priviléges : à peine a-t-elle frappé un homme que les bonnes qualités de celui-ci ressortent et brillent d'une merveilleuse manière ; non-seulement alors on les aperçoit, mais on les exalte, on les amplifie outre mesure. C'est là, pour le dire en passant, un des caractères de notre époque : rabaisser, dénigrer, calomnier les vivants ; louer, vanter, placer les morts au-dessus de tout. Veut-on un exemple remarquable de ce que nous disons ? Il n'y a qu'à examiner la vie, la fin et les funérailles de Broussais. Quelques années avant sa mort, qui est-ce qui s'occupait du fondateur du physiologisme, de ce médecin systématique qui combattit à outrance toutes les doctrines reçues avant lui, qui attaqua radicalement tous les principes de l'art, et les attaqua sans succès, au moins durable? peu de personnes assurément. Tout en rendant justice à son mérite, à son savoir, à son talent de critique, n'avait-on pas définitivement jugé sa

doctrine? Ne l'avait-on pas réduite à sa valeur réelle? Son journal était défunt, ses ouvrages se vendaient à peine; il faisait son cours dans la solitude; ses idées passaient même pour des vieilleries en dehors du progrès actuel. Eh bien! aussitôt qu'il eut cessé d'exister, Broussais est devenu le réformateur par excellence, le créateur à tout jamais de la médecine, l'homme qui a dit le dernier mot sur la science; ce sont des éloges sans fin, sans mesure et surtout sans mélange.

Jusqu'à présent les panégyristes ont eu beau jeu, ils ont parlé seuls: cela devait être, car les cendres de ce qui fut Broussais sont à peine refroidies; mais la raison, mais la justice, doivent aussi avoir la parole; il faudra bien que le pour et le contre soient exposés, que la vérité apparaisse quand le nuage d'encens sera dissipé. D'ailleurs le nom de Broussais est historique, et les travaux de celui qui le porta méritent un examen approfondi. Leur appréciation, quoique déjà faite, acquerra un plus grand poids lorsque le temps l'aura dégagée de toute influence contemporaine, soit critique, soit laudative.

Sans rien préjuger d'avance sur l'avenir, notre opinion est que la doctrine de l'irritation a été éminemment funeste à la thérapeutique, non-seulement en restreignant à un incroyable degré nos moyens de médication, mais en bornant les indications à un très-petit nombre de points de vue. Nous ne craignons pas de le dire, si le *Bulletin de thérapeutique* a été de quelque utilité, si le succès a couronné nos efforts, c'est précisément parce qu'il a fait voir que la science avait des moyens d'action sur les maladies plus étendus qu'on ne le disait, ensuite que les indications étaient infiniment variées, parfois difficiles à apprécier, plus difficiles encore à remplir dans leur objet et leur fin. Aussi qu'est-il arrivé? c'est que le temps et l'expérience faisant leur office n'ont pas tardé à démontrer combien étaient fragiles les bases du système broussaisien. Où est le médecin qui croit aujourd'hui que toutes les maladies sont inflammatoires et diffèrent seulement par le degré? Qui pense que la gastrite est le point de départ du plus grand nombre des affections pathologiques internes? que les fièvres intermittentes ne sont que des inflammations périodiques? qu'il est impossible de traiter une maladie sans reconnaître absolument l'organe affecté? que toutes les lésions organiques sont nécessairement et fatalement la cause plutôt que l'effet de toute maladie mortelle? que le choléra-morbus asiatique n'est qu'une gastro-entérite? qu'en épuisant le malade par des pertes de sang réitérées et une diète excessive, on détruit l'irritation et par conséquent le principe morbifique, etc., etc.? Nous ne pousserons pas plus loin cet examen, parce qu'il nous entraînerait dans une discussion hors de lieu; toujours est-il que si Broussais a signalé des erreurs

dans les travaux de ses devanciers, il a lui-même entravé, écroué la science, en la circonscrivant, la limitant dans le cercle étroit d'un petit nombre de principes, en prenant pour base une abstraction physiologique, une sorte d'entité, tout en combattant lui-même avec force d'autres entités morbides.

Quant à l'homme privé, nous ne le jugeons point; on pourra à cet égard consulter l'ouvrage dont nous avons donné le titre. Cette notice, écrite avec élégance et simplicité, expose très-bien les principales particularités de la vie de Broussais, et on les lira avec plaisir. Comme on doit s'y attendre, l'éloge n'y est pas épargné. Cette admiration continue, cet enthousiasme tant soit peu hyperbolique, s'expliquent par la position de l'auteur : élève, secrétaire, puis ami du fondateur de la doctrine de l'irritation. Nous sommes loin de nier que Broussais ne fût dans sa vie privée doux, modeste, très-facile à vivre, un vrai type de perfection domestique; mais dans sa vie publique et ses écrits, il se présente sous un aspect bien différent. Esprit fougueux, irascible, batailleur, donnant à son *moi* une immense étendue, on est loin de reconnaître l'homme de la notice dont il s'agit. Certes celui qui traita avec tant de rudesse le vénérable Pinel, son maître; l'écrivain chez lequel l'ironie et le sarcasme coulaient de verve et à pleins bords quand il s'agissait de combattre ses adversaires, était loin de posséder cette modération, ce plein calme de la sagesse, toujours si bien placés chez les hommes d'un mérite aussi distingué que le sien. Nous nous en rapportons du reste à l'auteur de la notice quand il s'agit de la vie privée de Broussais. Il le peint avec des couleurs si gracieuses, il le représente comme un si bon homme, qu'on regrette en vérité d'être forcé de considérer Broussais sous deux aspects différents. Malheureusement ses écrits restent, *scripta manent*, et ils pèsent de tout leur poids dans un des plateaux de la balance.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Modifications des appareils propres à diverses fractures. — L'hiver est la saison des fractures; c'est l'époque où elles se montrent en plus grand nombre dans nos hôpitaux; et l'on ne lira pas sans intérêt les modifications que M. Lisfranc a fait subir à plusieurs appareils.

1° *Fracture des côtes.* — On sait que par le bandage de corps dont on enveloppe la poitrine on se propose de borner le plus possible les mouve-

ments du thorax dans l'inspiration, et d'empêcher de la sorte les fragments osseux de se porter en dedans. Or, ce but est loin d'être atteint par le bandage ordinaire; en effet, la pression porte précisément sur le lieu fracturé, c'est-à-dire aux deux extrémités du diamètre transverse de la poitrine qui est en général le plus grand, car il est démontré en physique qu'une pression, exercée autour d'un corps ovalaire, agit avec plus de force aux extrémités de son grand diamètre. Pour obvier à cet inconvénient, que fallait-il? rendre le diamètre antéro-postérieur du thorax plus étendu; c'est ce qu'il est aisé de faire en appliquant au devant du sternum, et parallèlement à cet os, une masse suffisante de compresses : grâce à cette simple modification, c'est aux extrémités du diamètre vertébro-sternal que la compression du bandage s'opère avec plus de force. On conçoit aisément alors le mécanisme par lequel la courbure de l'arc costal se dessine plus proéminente, et comment les fragments sont nécessairement déjetés en dehors.

2° *Fracture de l'avant-bras.* — On a conseillé de tout temps, pour le pansement de cette fracture, l'usage des compresses graduées sur les deux faces du membre et dans la direction de l'espace inter-osseux : d'une application facile lorsque la solution de continuité des os occupe l'extrémité inférieure de l'avant-bras, où la direction de cet espace est parallèle à l'axe du membre, ce précepte a besoin, pour être suivi avec succès, de données plus précises dans la fracture du tiers supérieur.

Il résulte de l'examen anatomique le plus superficiel que le plan musculaire de la partie supérieure et externe de l'avant-bras a une épaisseur bien plus considérable que le plan musculaire interne; cette disposition influe nécessairement sur la direction de l'espace inter-osseux qui offre une obliquité constante : il s'en suit que, si l'avant-bras étant à demi-fléchi et tourné en pronation, on place les compresses graduées et les attelles parallèlement à son axe, la pression, au lieu de porter sur l'espace inter-osseux dans son tiers supérieur, s'exerce directement contre les fragments du radius. L'indication alors est loin d'être remplie; et la consolidation obtenue sous l'influence des moyens contentifs, ainsi faussés, produit une déformation anatomique très-préjudiciable au libre exercice des mouvements. Pour prévenir ce résultat fâcheux, M. Lisfranc a indiqué géométriquement la direction de l'espace inter-osseux par une ligne qui, du centre de l'articulation du poignet, viendrait tomber au côté externe de l'olécrâne.

Quelle doit être l'épaisseur des compresses graduées? Cette question ne peut être résolue que par la conformation particulière à chaque avant-bras. N'est-il pas évident que telle compresse graduée, mise en usage chez un homme athlétique dont l'avant-bras est large et carré, ne

saurait convenir pour l'avant-bras arrondi de la femme? Nul doute que chez l'un, l'épaisseur étant trop peu considérable, la pression du bandage roulé s'exercera plus fortement aux deux extrémités du diamètre radio-cubital, et l'espace inter-osseux sera rétréci, tandis que chez l'autre, l'effet inverse sera produit; c'est donc au chirurgien à prendre conseil de l'actualité morbide devant laquelle il est placé.

3° *Fracture des os du métacarpe et du métatarse.* — C'est en portant le même esprit d'analyse dans l'étude des fractures de ces os que le chirurgien saura faire une application utile des principes géométriques dont on retire un si grand avantage dans le traitement des fractures des côtes et des os de l'avant-bras. Frappé des graves inconvénients qui peuvent résulter d'une déformation du métacarpe ou du métatarse sous le double point de vue de la station et de la préhension, M. Lisfranc a apporté dans le pansement de leurs fractures une modification qui prévient toute consolidation vicieuse capable de gêner plus tard les mouvements de la main et du pied.

Pour corriger l'inégalité des diamètres antéro-postérieur et transversal plus prononcée encore ici qu'à l'avant-bras, il suffit d'appliquer sur la face dorsale et palmaire de la main ou du pied, en dedans et en dehors de l'os fracturé, quatre petites compresses d'un pouce d'épaisseur, de forme pyramidale, parfaitement en rapport avec les espaces inter-osseux; quatre attelles sont superposées à ces compresses; par-dessus, on en place une masse suffisante pour donner au diamètre dorso-palmaire une prééminence marquée sur le diamètre transverse, si bien que la pression circulaire, exercée par le bandage, agit plus spécialement dans la direction du premier, et maintient de la sorte les rapports naturels des os entre eux, ainsi que l'étendue des espaces qui les séparent.

Sur l'excision d'un cancer de la lèvre inférieure, avec chéiloplastie. — Plusieurs malades affectés de cancer aux lèvres ont été, depuis peu, soumis à l'opération dans le service chirurgical de M. le professeur Velpeau. Ce chirurgien, dans les cas ordinaires, ne s'éloigne pas de la marche connue; si le cancer est peu étendu en largeur, mais beaucoup en hauteur et en profondeur, il fait une incision en V, dont la base regarde le bord libre de la lèvre malade, et dont les bords, dépassant de tous côtés les limites du mal, sont réunis par la suture; si au contraire le cancer est superficiel, aussi peu étendu en hauteur qu'en profondeur, mais beaucoup en largeur, M. Velpeau le circonscrit dans un incision courbe, aussi parallèle que possible au bord libre des lèvres, sans s'oc-

cuper de réunir immédiatement. Il n'est pas rare, dans ces cas, de voir des déperditions de substance, fort étendues en apparence, se combler, pour ainsi dire, par le travail de cicatrisation ; et alors voici ce qui arrive le plus souvent : la muqueuse, plus molle, plus lâche que les tissus qu'elle double, s'étend en apparence sur la solution de continuité, en même temps que la base de celle-ci semble remonter, soit réellement par une traction des cicatrices profondes, soit en apparence seulement par le nivellement des parties voisines; on dirait alors que le bord rosé de l'orifice buccal est resté intact, tant parfois la cicatrisation avec traction de la muqueuse se fait exactement. Comme il est des cas où l'on ne saurait compter sur cette réparation spontanée, il faut alors songer à la produire artificiellement ; quand, par exemple, on a affaire à une tumeur trop étendue, la question se complique, surtout si le mal s'étend dans l'épaisseur des joues; et il faut alors combiner les divers moyens de restauration avec les procédés d'excision.

Tout récemment, M. Velpeau a eu l'occasion de réunir ces méthodes. Un vieillard âgé de soixante-seize ans entra à l'hôpital de la Charité, dans le courant du mois dernier, pour se faire opérer d'un cancer de la lèvre inférieure. Cet homme, d'une forte constitution, sain d'ailleurs, dit que sa maladie remonte à trois ou quatre mois, et qu'elle a été précédée dans son développement par l'apparition d'un petit bouton qu'il écorcha, et dont la base se tuméfia insensiblement ; à l'heure qu'il est, la lèvre inférieure est tout à fait déformée; elle est occupée, dans les deux tiers de son étendue, par un engorgement dur, squirrheux, ulcéré, s'étendant vers la joue de plusieurs lignes en bas et à gauche. Il existe au devant du masséter un petit ganglion lymphatique engorgé, les régions sous-maxillaire et cervicale sont dépourvues de tout gonflement. La petite tumeur indiquée est dure, mais lisse, roulant sous la peau ; elle existe depuis plusieurs années : le malade dit l'avoir toujours eue, elle n'est donc pas consécutive au développement du cancer de la lèvre comme on pourrait le croire. Il est remarquable aussi que l'apparition du cancer n'ait pas exercé d'influence sur elle ; on ne trouverait donc pas de liaison entre ces deux altérations, et par conséquent il n'y aurait pas de danger à respecter l'une en agissant sur l'autre.

Toutefois, dans ce cas il y avait nécessité de ne pas tout enlever, quoiqu'en principe on eût dû le faire, le malade s'opposant d'une manière formelle à ce qu'on l'opérât en même temps de sa petite tumeur. D'un autre côté elle n'est pas adoucie, ni ramollie, ni douloureuse ; on a donc toujours la ressource de l'enlever un peu plus tard si elle devient plus malade.

Telles furent les considérations qui décidèrent M. Velpeau à n'en-

lever que le caucer de la lèvre. Dans ce cas même l'une ou l'autre des deux méthodes ordinairement employées ne pouvait suffire : voici comment ce chirurgien a modifié l'excision simple :

Une incision curviligne, à concavité supérieure, partant du point de réunion du tiers droit de la lèvre inférieure avec les deux tiers gauches, circonscrivit la tumeur en se terminant en dessous et en dehors d'elle, et rencontra dans ce point une incision qui, partant de la commissure gauche, revient et au-dessus et en dehors de la tumeur vers la précédente; cette dernière était perpendiculaire aux couches molles de la face, la première oblique au contraire, en biseau, dans toute la portion labiale, de manière à laisser une portion de muqueuse qu'on pourrait rabattre, comme une opercule, sur la plaie. Cette incision terminée, et deux artères liées en dehors, le bord muqueux fut rabattu sur la surface saignante, et maintenu à l'aide de plusieurs points de suture à points passés comme un véritable ourlet. Tout le reste fut réuni au-delà de l'angle par trois points de suture entortillée ; de telle manière que par cette dernière disposition le menton se trouva relevé, et par la première, la lèvre reformée avec son bord muqueux. On ne fit pas d'autre pansement. C'est le 21 janvier que l'opération a été pratiquée. La réaction fut d'abord assez faible; mais le quatrième et le cinquième jour il y eut du gonflement et de l'inflammation, menace d'érysipèle, tension des parties incisées (application de vingt-cinq sangsues sous le menton, diète. On coupe les fils, cataplasmes émollients). Après l'emploi de ces moyens, et malgré l'influence de la constitution régnante, l'érysipèle fut arrêté dans son début; la réunion du bord muqueux se fit la première, puis celle de la plaie de la joue. La difformité est aujourd'hui peu marquée, la lèvre inférieure semble presque intacte, les dents et les gencives sont cachées ; la cicatrice cutanéo-muqueuse est à peine visible, celle de la joue est plus apparente. Il reste encore un peu d'engorgement et de dureté autour de la glande malade dont le volume ne paraît pas augmenter. Le malade quitte l'hôpital le 3 février.

La conduite du chirurgien de la Charité doit être désormais suivie dans des cas analogues ; il a rempli, ce nous semble, toutes les indications en même temps qu'il a su prévenir et combattre les accidents consécutifs. C'est, on peut le dire, un heureux résultat.

Mais il nous sera permis de demander aussi pourquoi la torsion n'a pas été faite dans ce cas, préférablement à la ligature, ou plutôt pourquoi on a essayé d'arrêter l'écoulement du sang par une action directe sur les vaisseaux. Ne voit-on pas que le rapprochement exact, maintenu dans ces circonstances à l'aide de la suture, constitue le plus souvent un excellent moyen hémostatique? Toutefois, il faut faire attention à la posi-

tion de la plaie ; ce n'est plus, comme dans le bec-de-lièvre ou dans les tumeurs médianes des lèvres, sur les dernières ramifications artérielles qu'on opère, mais bien sur les premières divisions de la faciale; autre doit donc être le résultat.

Il aurait suffi de prolonger l'incision de quelques lignes en arrière, pour arriver sur la petite tumeur ganglionnaire, et l'enlever : on se serait ainsi plus sûrement mis en garde contre les chances si imminentes d'une récidive ; en second lieu on aurait évité cet engorgement fluxionnaire survenu et persistant dans l'atmosphère cellulaire de cette glande; or cet engorgement peut bien aussi, lui, amener plus tard le dépôt de l'inflammation de matières cancéreuses.

Enfin l'imminence de l'inflammation érysipélateuse n'a rien qui doive étonner; mais ce qui doit surprendre c'est la facilité avec laquelle on l'a fait disparaître, alors qu'il existait dans les salles un bon nombre d'érysipèles, développés, sans aucun doute, sous une influence épidémique.—Les déplétifs directs, les émollients ont dû être employés de bonne heure; la soustraction des points de compression et d'irritation (fils et épingles) a dû être faite de bonne heure : on sent toute l'importance de cette mesure ; la plaie devient alors un centre fluxionnaire : il faut donc la dégager de tout ce qui pourrait accroître ou favoriser cette disposition phlegmasique.

Luxation du pouce. — Il s'est présenté tout récemment dans le même hôpital un cas simple de luxation de la première phalange du pouce, en arrière, à la suite d'une chute sur la paume de la main. La réduction a été assez facile, contre l'attente de M. Velpeau ; mais dans ces cas, on ne sait en réalité sur quoi compter ; tantôt les os se remettent en place comme par enchantement, tantôt la luxation est irréductible malgré les efforts les plus soutenus et les plus sagement dirigés. Dans le cas dont il s'agit, on a exercé pendant trois ou quatre minutes des efforts de traction inutiles sur le pouce, à l'aide d'une bande passée en nœud coulant ; elle a cassé même avant qu'on eût pu obtenir un changement bien notable dans la disposition anormale des os. Ce n'a été qu'à l'aide d'une pression directe d'arrière en avant sur l'extrémité métacarpienne de la première phalange que la réduction a été immédiatement produite ; un bandage roulé a été immédiatement appliqué pour prévenir tout déplacement consécutif.

Il s'est fait depuis quelque temps dans le même service, et il se fera ces jours-ci, un certain nombre de résections ; nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

Ponction de la tunique vaginale dans l'orchite. — On est loin d'être fixé sur le nombre et la nature des tissus envahis par l'inflammation dans ce qu'on appelle l'orchite blennorrhagique. Pour les uns le testicule seul est malade, pour d'autres il ne l'est jamais, et l'épididyme enflammé donne naissance à la tuméfaction des bourses. Dans ces derniers temps on a beaucoup insisté sur l'épanchement séreux dans la tunique vaginale, épanchement aigu, hydropisie aiguë. Sans revenir sur toutes ces discussions, disons seulement qu'il en est résulté quelques conséquences assez importantes pour la pratique ; ainsi regardant l'épanchement séreux comme un des éléments de la maladie, M. Velpeau lui donne issue du premier abord ; et il est rare qu'un soulagement instantané, suivi d'une amélioration progressive, ne justifie pas cette pratique.

On reconnaît avec précaution, et il faut souvent une attention sérieuse pour ne pas se tromper; on reconnaît, dis-je, la fluctuation en soulevant et comprimant le testicule malade avec une main, de manière à tendre ses enveloppes, tandis qu'avec un ou deux doigts de l'autre main on essaie de déplacer le liquide épanché : la fluctuation est alors perçue ; il faut la distinguer de l'effet produit par la compression du tissu mou et élastique du testicule ; mais dans ce cas le doigt qui reste immobile n'est pas heurté par le choc du liquide, et en second lieu le doigt qui presse et qui déplace la sérosité ne sent pas les parties céder d'abord sous lui, puis résister lorsqu'il arrive aux enveloppes fibreuses. Toutefois ces différences se comprennent mieux expérimentalement qu'elles ne s'analysent théoriquement.

Du reste M. Velpeau ne fait qu'une simple piqûre avec la lancette : il s'écoule alors un peu de sérosité rosée, et le soulagement, ainsi que nous l'avons dit, est immédiat. Les applications de sangsues, les saignées générales ne sont pas nécessaires; il suffit d'appliquer les jours suivants un cataplasme émollient, de l'arroser plus tard avec de l'eau de Goulard, en ayant soin de suspendre exactement le testicule, pour voir avant le huitième jour la résolution fort avancée, et sans contredit à un degré bien plus élevé que celui qu'amènerait l'emploi des antiphlogistiques de toute nature.

Il est quelquefois nécessaire de revenir à la piqûre une seconde fois, lorsqu'un nouvel épanchement a lieu; le résultat est toujours le même.

M. Velpeau vient de mettre en usage cette méthode sur trois malades atteints d'orchite blennorrhagique : chez tous les trois la ponction a donné issue à une ou deux cuillerées à café de sérosité, et chez tous les trois il y a eu d'abord un soulagement marqué, puis une marche assez rapide vers la résolution.

VARIÉTÉS.

Pommade de Dupuytren contre la calvitie.

Moelle de bœuf.	une demi-livre.
Acétate de plomb cristallisé.	un gros.
Teinture alcoolique de cantharides. .	un scrupule.
Eau-de-vie vieille.	une once.
Essence de girofle.	quinze gouttes.

Faites une pommade selon les règles de l'art. Enduire tous les soirs le cuir chevelu avec gros comme une noisette. Quelquefois l'essence de cannelle remplace l'essence de girofle.

Moyen de déboucher les flacons bouchés en verre. — M. Flusain, élève en pharmacie, a trouvé le procédé suivant, qu'il met en pratique avec succès pour enlever avec facilité les bouchons à l'émeri qui tiennent si fortement au flacon ; il prend un *archet* muni d'une mince bande de cuir ; il enroule ce cuir sur le col du flacon de manière à former un anneau, puis il fait agir l'archet ; au bout de quelques secondes, la chaleur et les vibrations développées par le mouvement imprimé à l'archet ébranlent le bouchon du flacon, et il est possible de déboucher celui-ci sans effort et sans crainte de le casser.

— *Pommade contre les hémorrhoïdes externes.* — Quelques médecins ont parlé des bons effets des fleurs de soufre intérieurement contre les affections hémorrhoïdaires. Il est venu à l'esprit d'un médecin italien, le docteur Demetri d'Otrante, d'employer extérieurement cette substance contre les tumeurs hémorrhoïdales. Il en retire constamment de si bons résultats, qu'il recommande aux praticiens la pommade suivante, comme la meilleure qu'on puisse employer contre les hémorrhoïdes, quelles qu'elles soient.

Fleurs de soufre.	deux gros.
Gomme arabique en poudre.	trois gros.
Thridace.	demi-gros.
Suie bien lavée.	une once.

Mêlez parfaitement pour faire une pommade.

Faire plusieurs fois par jour des onctions sur les tumeurs hémorrhoïdales, en ayant soin chaque fois, quelques minutes après, de se laver avec de l'eau de mauve, parce qu'un séjour trop prolongé de la pommade sur les parties affectées augmenterait l'irritation.

— *Sur la décoloration de l'acide tartrique.* — Dans la préparation en grand de l'acide tartrique, si l'on décompose le tartrate de chaux par l'acide sulfurique, le liquide se colore ordinairement en brun, et donne après la cristallisation des eaux-mères colorées. Le meilleur moyen de décolorer cette solution d'acide tartrique consiste à employer le chlorate de potasse en faible proportion. On met deux grains de ce sel dans une solution de trois livres d'acide tar-

trique. On laisse en contact vingt-quatre heures, puis on filtre, afin de séparer une petite quantité de bi-tartrate de potasse; on obtient ainsi une première cristallisation incolore : les deux suivantes sont encore très-belles. Les dernières eaux-mères peuvent même, à l'aide d'un nouveau traitement par deux grains de chlorate de potasse, fournir à l'état blanc l'acide qu'elles contiennent.

Sur la mortalité des enfants trouvés. — M. Villermé a publié sur la mortalité, par âge, des enfants trouvés admis dans les hospices de la Maternité de Reims, Paris et Lyon, des tableaux dont nous extrayons les détails suivants. Dans les hospices de Reims il a été admis dans une période de dix années, de 1826 à 1836, 916 enfants trouvés, parmi lesquels il en est mort dans le même espace de temps 674, ainsi partagés : 586 dans la première année de la vie ; 68 dans la deuxième ; 12 dans la troisième ; 4 dans la quatrième ; 2 dans la cinquième ; 1 dans la sixième ; 0 dans les septième, huitième et neuvième ; 1 dans la dixième : total 674 ; ce qui met la proportion de la mortalité à 736 sur 1,000.

A l'hospice de la Maternité de Paris il a été reçu en 1820, 5,101 ; en 1821, 4,965 ; en 1822, 5,040 ; ce qui fait pour les trois années un total de 15,104 enfants trouvés. Ces enfants, suivis pendant dix ans, ont donné une mortalité de 11,358, dont 7,601 dans la première année de la vie ; 2,218 dans la deuxième ; 821 dans la troisième ; 309 dans la quatrième ; 140 dans la cinquième ; 100 dans la sixième ; 62 dans la septième ; 54 dans la huitième ; 29 dans la neuvième, 24 dans la dixième. La proportion de la mortalité de ces dix années a été de 751 sur 1,000 enfants.

A l'hospice général de la Charité de Lyon, de 1820 à 1833, c'est-à-dire dans un espace de treize années, il a été reçu 22,751 enfants trouvés ; sur ce nombre, au moment où nous écrivons, il est mort 13,287 enfants, dont 8237 dans la première année, 3,049 dans la deuxième ; 1,099 dans la troisième ; 412 dans la quatrième ; 190 dans la cinquième ; 111 dans la sixième ; 79 dans la septième ; 56 dans la huitième ; vingt-huit dans la neuvième ; 26 dans la dixième.

Il résulte de ces chiffres que, comparativement aux enfants de Paris et de Reims, ceux de Lyon se trouvent soumis à une mortalité bien moins rapide.

— Tout récemment un chirurgien américain a mis en pratique le traitement suivi depuis longtemps, à l'hôpital des Vénériens de Paris, contre la blenorrhagie chez la femme, et qui consiste surtout dans l'introduction de charpie dans le vagin, pour écarter les surfaces muqueuses affectées. M. Ricord nous écrit pour réclamer à cet égard une priorité incontestable ; c'est en effet une des plus heureuses améliorations qu'il ait introduites dans la thérapeutique des affections vénériennes.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'EMPLOI DES BAINS ET DES DOUCHES DE VAPEURS DANS PLUSIEURS MALADIES.

Au milieu des oscillations inévitables, qui tantôt mettent en faveur tantôt discréditent la plupart des agents thérapeutiques, les douches et les bains de vapeurs ont partagé la destinée commune; parfois en grand honneur, ces moyens étaient regardés presque comme une panacée universelle, et bientôt complétement délaissés, à peine formaient-ils un des accessoires les plus secondaires de l'hygiène.

Et cependant la vapeur d'eau constitue un moyen médicamenteux d'un emploi facile et souvent applicable : c'est une ressource précieuse dans une foule de cas où les remèdes internes ne pourraient être administrés, et souvent aussi une condition favorable, nécessaire même au maintien de la santé; à ces titres donc, l'action physiologique et les propriétés thérapeutiques de l'eau réduite en vapeur méritent l'attention du médecin et de l'hygiéniste.

De tout temps, chez tous les peuples, la vapeur a été employée, sinon toujours dans le but de produire une médication, du moins comme moyen hygiénique; malgré cela, rien de bien précis, relativement surtout aux modifications éprouvées par les principaux organes et les principales fonctions, ne pourrait être rappelé ni consulté; car il faut tout d'abord convenir qu'on est loin de s'entendre sur les effets qu'on peut obtenir par l'administration des bains de vapeur. C'est, le plus souvent, un moyen empirique que l'on conseille, c'est moins que cela encore, un pis aller. Quand tous les moyens rationnellement indiqués ont échoué, on dit souvent, Prenez des bains de vapeurs, comme on dit quelquefois, Allez à telle ou telle source d'eaux minérales. Les uns veulent une dérivation, et ne comptent que sur cet effet dérivatif; les autres attendent beaucoup de propriétés émollientes, adoucissantes, et n'espèrent pas autre chose. Ceux-là songent à une action relâchante, et ceux-ci, au contraire, à un effet tonique ou excitant; il en résulte souvent que le but pour lequel ces moyens sont prescrits se trouve manqué ou dépassé, parce qu'on spécifie mal la nature de la médication qu'on veut obtenir.

Il serait bon, pour éviter ces erreurs, que l'action physiologique de la vapeur sur l'économie fût bien connue pour l'état normal, avant d'en venir aux applications thérapeutiques; or, je l'ai déjà dit, les no-

tions contenues dans les meilleures monographies, dans les traités généraux, les articles de dictionnaire, etc., sont, pour la plupart, vagues et incomplètes. On comprendra facilement, du reste, que l'action de la vapeur d'eau sur l'organisme soit un fait excessivement complexe, puisqu'il faut tenir compte : 1° de la présence du corps aqueux et de sa propriété d'imbiber, de pénétrer nos tissus ; 2° de sa température ; 3° de sa force de projection ; 4° de la durée du contact ; 5° de l'étendue de ce contact, etc.; 6° des modifications locales et générales éprouvées par les principales fonctions. (Et ceci ne se rapporte qu'à la vapeur aqueuse, les effets se compliquent lorsque d'autres corps, réduits en vapeur, venant se combiner à l'eau, agissent en même temps qu'elle ou par son intermédiaire, sans parler des cas où ces substances sont employées seules, telles le soufre, le cinabre, etc.)

Je ne veux examiner maintenant que ce qui est relatif à la vapeur d'eau, et seulement du point de vue de la thérapeutique, d'une manière toute pratique. Son action doit être étudiée à divers degrés de température, car ces variations, la durée du contact, etc., donnent tantôt lieu à un effet émollient, sédatif, relâchant, tantôt déterminent une vive excitation. Nous pouvons cependant établir d'une manière générale que les bains et les douches de vapeur constituent un médicament essentiellement tonique et excitant ; la peau qui reçoit le contact s'échauffe, rougit, s'imbibe et se gonfle ; si la source de la vapeur est plus rapprochée et son contact plus prolongé, la chaleur devient insupportable, la rougeur plus vive, et l'on peut obtenir tous les degrés de la brûlure, depuis le simple érythème jusqu'à l'escarrification complète. Ce serait, pour le dire en passant, un moyen simple, expéditif et peu effrayant de pratiquer une cautérisation instantanée, que de se servir d'un jet de vapeur aqueuse. Au bout de quelques minutes, le pouls s'accélère d'autant plus promptement, et à un degré d'autant plus marqué, qu'une surface plus étendue est en contact avec la vapeur, il s'élève à quatre-vingts, quatre-vingt-dix, cent et cent vingt par minutes. Il en est de même en proportion pour la respiration. La langue se sèche, la soif devient vive, puis la sueur s'établit ; mais ce dernier phénomène est surtout évident après le bain, quand, la surface cutanée étant bien essuyée, on peut distinguer l'humidité due à la vapeur de celle qui est le résultat de la sueur. Cette dernière est parfois très-abondante, surtout après le bain d'étuve, il n'est pas rare de voir plusieurs linges abondamment mouillés.

On observe momentanément une véritable congestion vers la tête, la face est rouge, les yeux brillants et saillants ; il y a de l'anxiété précordiale, des palpitations, parfois une tendance marquée à la syncope.

Tous ces effets sont exagérés quand on respire en même temps la vapeur, lorsque l'évaporation pulmonaire ne peut plus contrebalancer l'accroissement de calorique accumulé sur la peau.

La chaleur générale se trouve considérablement augmentée; il existe une sorte de pléthore artificielle instantanément produite; cela seul donne à penser que certaines maladies, telles que l'anémie, la chlorose, et plus particulièrement les scrofules, pourraient être avantageusement modifiées par ces moyens, surtout si l'on joint à l'action de la vapeur l'heureuse influence du massage, des frictions, de la gymnastique... Ce serait, il me semble, une voie nouvelle ouverte à la thérapeutique si souvent infructueuse de ces affections.

Parmi les faits que nous rapporterons plus loin, on n'en rencontrera pas de relatifs à ces maladies, dans lesquelles l'atonie semble prédominer; cela ne doit pas empêcher cependant de faire à l'état pathologique l'application de ce qu'on observe à l'état normal, et d'essayer de déterminer momentanément une excitation, une pléthore artificielle et plusieurs fois répétée, dans des circonstances où cette médication semble rationnellement indiquée.

Toutefois, nous ne devons nous arrêter ici que sur les faits qu'il nous a été donné d'observer, ou sur d'autres analogues, recueillis ailleurs, quand les premiers nous manqueront, ou lorsqu'ils exigeront une étude comparative faite avec d'autres éléments. Chargé pendant une année du service médico-chirurgical de la maison de santé des Néothermes, si riche, comme on sait, en appareils thermaux de toute espèce, abondamment et richement fournie surtout de ceux destinés à l'administration des bains de vapeurs, nous avons pu faire quelques remarques pratiques, recueillir un certain nombre de faits dont la thérapeutique pourra peut-être retirer de l'avantage : ces faits et ces remarques nous les avons sommairement consignés dans ce travail.

On ne saurait trouver dans le cadre nosologique une seule maladie dans laquelle les vapeurs n'aient été, sinon employées, du moins conseillées; mais si l'on recherche plus spécialement les affections dans lesquelles cette médication convient le mieux, on verra que leur énumération devra se borner au rhumatisme chronique et à ses diverses formes, aux contractures musculaires, aux fausses ankyloses, à quelques autres maladies des jointures, à certains cas de névralgies, à un fort petit nombre d'affections goutteuses, à quelques variétés de paralysies, enfin à certains cas d'aménorrhée.

Dans l'ouvrage si complet de M. Rapou, qu'on ne saurait trop consulter, on trouve réunies une foule d'observations comprenant presque toute la pathologie, et relatives à l'efficacité constante de la méthode

fumigatoire. Je ne saurais mettre en doute l'authenticité des faits qu'il rapporte, mais il y aurait, ce me semble, un grave inconvénient à donner trop d'extention à la valeur de ce puissant moyen thérapeutique, en en faisant avec Sanchez une panacée universelle : ce serait nuire à la généralisation de son emploi que de vouloir l'appliquer universellement.

§ I. Il n'est pas douteux, par exemple, que dans la plupart des phlegmasies aiguës quel que soit leur siége, les bains de vapeur, non-seulement sont inefficaces, mais encore dangereux; on les a vus bien souvent augmenter la chaleur, la douleur, l'excitation locales, et en même temps produire un redoublement de fièvre et de réaction générale. Toutefois il me semble qu'il y aurait à faire ici une distinction, celle de la cause. S'il est vrai, 1° que les bains de vapeur constituent un sudorifique puissant (ce dont on ne saurait douter), d'une action prompte et sûre ; 2° que beaucoup de maladies ne résultent que d'une suppression de transpiration ; 3° que le rétablissement de cette transpiration amène fort souvent la guérison, la maladie se jugeant par les sueurs, comme disaient les anciens, on ne pourra raisonnablement mettre en doute *a priori* l'efficacité des bains et des douches de vapeur. L'expérience, si on l'invoque, vient se joindre à la théorie ; Itard conseillait, avec avantage, les bains de vapeurs dans l'hydrocéphalite chez les enfants ; Chaussier les employait à la Maternité dans la péritonite puerpérale, et peut-être n'y a-t-on pas assez souvent recours de nos jours ; il n'est pas jusqu'au tétanos (que ce soit ou non une méningo-spinite) qui n'ait été guéri par les bains de vapeur. M. Pétrequin a rapporté, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, une observation fort remarquable sous ce dernier rapport.

Je n'ai pas vu, pour mon compte, employer la vapeur dans les maladies aiguës, du moins dans les cas d'une certaine gravité. Je dois dire seulement que les catarrhes pulmonaires à leur début, les corysas, les angines pharyngiennes, les courbatures, disparaissent souvent avec une rapidité extraordinaire, après un ou deux bains russes, ou un petit nombre de bains par encaissement ; un seul suffit quelquefois. Momentanément, tous les symptômes généraux et locaux s'aggravent, puis il vient une sueur abondante, une véritable détente et tout rentre dans l'ordre. C'est une chose qu'on peut observer tous les jours aux Néothermes, et surtout aux époques de l'année où ces affections plutôt catarrhales qu'inflammatoires sont très-communes. Les habitants de la maison et ceux qui la fréquentent assidûment n'emploient pas d'autres moyens pour se débarrasser efficacement et promptement de ces légères indispositions qui, traitées par d'autres méthodes ou abandonnées à elles-mêmes,

n'ont souvent pas de fin ; heureux les maladcs, lorsqu'elles n'amènent pas d'autres lésions plus graves, s'il existe d'autre part certaines prédispositions !

§ II. Parmi les moyens nombreux indiqués dans les traités d'ophthalmologie contre les maladies oculaires rebelles, nous ne devons pas manquer de citer les bains et douches de vapeur. M. Carron du Villards a, le premier, fixé l'attention sur ce point de pratique.

M. Rapou, dans son traité de la méthode fumigatoire, parle également de l'emploi des vapeurs portées sur la conjonctive. Il indique aussi des appareils propres à les faire arriver dans le conduit auditif, dans la bouehe, dans les poumons, etc.

Je ne doute pas que dans une foule de cas d'otite interne ou externe, on ne puisse, avee de grands avantages, faire arriver de la vapeur dans le tympan par la trompe d'Eustache ou le conduit auditif externe. Peut-être ce topique serait-il préférable aux injeetions liquides pour ramollir le pus et le mueus conerétés, et absterger exaetement les surfaees ulcérées ou simplement enflammées du eonduit auditif, de la trompe d'Eustaehe, du tympan. On sait qu'indépendamment des lésions locales qui déterminent leur sécrétion, ces liquides et le cérumen lui-même endurei et aeeumulé peuvent oeeasionner de vives douleurs, et déterminer même des aceidents graves, ainsi que l'a démontré M. Ribes.

Dans un cas d'otalgie, sur lequel je n'ai pas d'autres détails, existant ehez un enfant de trois ans, une douleur vive, sans rougeur extérieure, sans écoulement séreux ou purulent, disparut comme par enehantement à la suite d'une seule douehe de vapeur émolliente ; il sortit beaucoup de mueosités puriformes, comme si un abeès se fût erevé, me dit le père de l'enfant. Le petit malade se trouva guéri le jour même.

§ III. La laryngite ehronique, simple, sans formation tuberculeuse, sans earie des cartilages, devrait, plus souvent peut-être qu'on ne le fait habituellement, être combattue par les douehes de vapeur. Plusieurs malades traités aux Néothermes se sont fort bien trouvés des bains de vapeur à mi-eorps dans des eas d'aphonie ; un de nos chirurgiens les plus habiles venait, il n'y a pas long-temps, recourir à ee moyen, pour une irritation chronique du larynx, qui en a été, nous a-t-il dit, notablement amendée.

Il est une variété de laryngite qui réclame, d'une manière toute spéciale, l'emploi des bains et des douches de vapeur, je veux parler de eelle qui existe en même temps que des douleurs rhumatismales, ordinairement vagues, diffuses, le plus souvent anciennes. J'ai trouvé plusieurs fois cette coïncidence remarquable, et assez souvent pour

croire qu'elle mérite de fixer l'attention. Elle est d'autant plus importante, ce me semble, qu'elle révèle à l'instant la nature de l'affection du larynx, et le point par lequel il est possible de l'attaquer. C'est l'élément rhumatismal qu'il faut combattre, les moyens en sont facilement trouvés.

Et, pour le dire en passant, peut-être a-t-ou de nos jours, trop complétement rejeté cette idée, que le rhumatisme joue un grand rôle dans la plupart des maladies ou désordres fonctionnels. On a trop localisé, trop matérialisé le rhumatisme, si l'on peut ainsi dire; je crois que la thérapeutique y a considérablement perdu. Sans doute que les médecins de l'école allemande exagèrent cette idée, surtout dans ses applications à la thérapeutique oculaire; mais il n'est pas douteux qu'on tomberait dans un excès plus à craindre encore, en la rejetant tout-à-fait.

Un de nos confrères et amis, médecin distingué et professeur dans une ville de province, vint aux Néothermes dans le mois de février 1838, affecté depuis deux ans d'une laryngite chronique, coïncidant avec des douleurs rhumatismales aux épaules, dans le dos; il y avait une douleur cuisante dans la région du larynx; l'exercice de la parole, et surtout les mouvements de déglutition l'augmentaient considérablement; du reste, pas de fièvre, un peu d'expectoration muqueuse. Les bains de vapeur firent disparaître d'abord les douleurs rhumatismales, sans amener la moindre amélioration du côté de l'organe de la voix. M. Récamier conseilla plus tard les douches sur la région antérieure du cou : Pendant quinze à vingt minutes le malade recevait un jet continu de vapeur sur cette partie; la peau rougissait notablement, sa chaleur s'élevait en même temps, et bientôt il s'écoulait une sueur abondante. Au bout de quatre semaines environ la voix était plus forte, plus timbrée, la douleur moins vive; mais la guérison ne pouvait être regardée comme complète. Le malade ne voulut pas continuer le traitement plus longtemps, pressé de satisfaire aux exigences d'une trop nombreuse clientèle; les fatigues inséparables de l'exercice de sa profession, l'action du froid et de l'humidité ont malheureusement, depuis cette époque, ramené deux ou trois rechutes.

Dans l'observation suivante la maladie était moins ancienne, moins grave, aussi le résultat du traitement fut-il beaucoup plus heureux.

M. de M..., de Bruxelles, fut atteint, dans les premiers jours du mois d'octobre dernier, d'une inflammation catarrhale aiguë, occupant toute l'étendue de la muqueuse respiratoire. Quand la période d'acuité fut passée je lui conseillai de prendre quelques bains de vapeur par encaissement : alors la voix était légèrement rauque, il existait de la

douleur au niveau de la partie inférieure du pharynx avec la sensation pénible d'un corps étranger à la gorge; il y avait un peu de toux sèche. Un petit nombre de bains suffit pour amender notablement ces symptômes qui, à la fin de novembre, au moment où M. de M... quitta les Néothermes avaient cessé complétement.

Je dois faire remarquer que dans ces cas les bains de vapeur sèche, de vapeur sulfureuse, etc., augmentent presque toujours l'irritation locale, la sensation pénible qui accompagne la déglutition et la sécheresse de la gorge dont se plaignent presque toujours les malades; un bon moyen de les faire cesser, consiste à diriger la vapeur dans la bouche, à l'aide d'un tube étroit, et convenablement fixé sur l'appareil à douches. Il est fort rare que les malades ne se trouvent pas bien de ce contact et de l'action de la vapeur sur les régions antérieure et postérieure du cou.

Le traité de la méthode fumigatoire renferme plusieurs observations de laryngite à divers degrés, traitées avec succès par les vapeurs simples, aromatiques, ou même sulfureuses.

§ IV. *Rhumatisme.* — C'est principalement dans cette affection que j'ai vu employer et que j'ai prescrit moi-même les bains et les douches de vapeur pendant mon séjour aux Néothermes; c'est dans cette affection aussi que j'ai vu ce moyen surtout réussir. Toutefois je ne les ai pas vu mettre en usage dans beaucoup de rhumatismes aigus, si ce n'est dans quelques cas fort peu graves auxquels je ne pense pas qu'on doive attacher une grande importance au point de vue thérapeutique.

A. Dans le rhumatisme aigu des muscles du cou, vulgairement appelé *torticolis*, qui résulte si souvent d'un refroidissement de la peau de la nuque, il suffit ordinairement de trois à quatre douches de vapeur pour enlever la douleur et rendre aux parties toute la facilité de leurs mouvements.

Madame V...., résidant aux Néothermes, éprouva dans le mois de mars de l'année dernière une douleur vive à la nuque et à la partie supérieure et postérieure de l'épaule. Cette douleur augmentait singulièrement dans les mouvements de la tête et du bras, qui étaient fort difficiles. Madame V.... crut devoir rapporter cette douleur à l'impression d'un courant d'air froid sur ces parties couvertes de sueur. Elle se fit administrer de son propre mouvement une douche de vapeur en arrosoir sur le côté du cou malade, et l'épaule correspondante, jusqu'à rubéfaction et irritation vive de la peau, avec le soin de faire pratiquer le massage pendant et surtout après la douche; le torticolis disparut complétement et n'a pas reparu depuis cette époque.

Toutefois nous n'ignorons pas que ce rhumatisme du cou, si fréquem-

ment observé, est dans les cas ordinaires de courte durée; il suffit souvent de quelques applications chaudes, du repos au lit, de la chaleur, etc., pour le guérir; mais il n'en est pas moins vrai qu'une seule douche, ou trois ou quatre douches au plus (je préfère dans ce cas, la douche au bain général, à celui par encaissement) l'arrêtent à son début, et l'empêchent de passer à l'état chronique.

Lorsqu'il revêt la forme chronique, le torticolis est en général extrêmement rebelle à tous les moyens de l'art; il peut alors non-seulement gêner les mouvements, occasionner une douleur sans cesse renaissante, mais imprimer à la portion cervicale de la colonne épinière et à la tête une déviation permanente. Il ne reste quelquefois alors d'autre ressource que la section des muscles ou de leurs tendons, si, comme le sterno-mastoïdien par exemple, ils sont accessibles aux opérations chirurgicales. C'est dans ces cas que l'on a vu un certain nombre de fois les douches de vapeur combinées avec le massage, les frictions, produire des effets tout à fait merveilleux. On en trouve des exemples remarquables dans l'ouvrage de M. Rapou.

Dans l'observation suivante où la lésion du muscle sterno-mastoïdien n'était pas douteuse, le traitement indiqué fut très-heureux.

M. S***, âgé de vingt-huit ans, négociant au Havre, vint aux Néothermes à la fin du mois de décembre 1836, pour y subir un traitement par les vapeurs.

Ce malade avait ressenti à la suite de plusieurs refroidissements successifs une douleur vive sur les côtés du cou, accompagnée d'une gêne considérable dans les mouvements. Les douleurs cessèrent au bout de quelques jours; mais il était resté une corde tendue et dure sur le trajet d'un des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, les mouvements étaient difficiles et bornés, cependant il n'y avait pas torsion de la tête. Dans l'espace de deux mois, on administra vingt douches de vapeur émolliente sur les parties contracturées; avant, pendant et après la douche, le garçon de bain exerçait sur elles des frictions, ou plutôt un massage méthodique. Peu à peu la tension diminua, cette corde dure, saillante sous la peau, s'assouplit, les mouvements redevinrent faciles et libres comme auparavant, le malade quitta l'établissement vers la fin de février 1837 dans un état inespéré.

On ne saurait méconnaître dans ce fait, que je regrette de ne pouvoir citer avec plus de détails, l'heureuse influence de l'emploi combiné de la vapeur aqueuse et du massage. Je ne pense pas que la présence dans le liquide à vaporiser de quelques plantes émollientes change beaucoup les propriétés thérapeutiques de la vapeur. Je serais plus disposé à croire que cette action du massage qui consiste à pétrir les muscles, à les ra-

mollir par la pression, favorisée par la pénétration d'une grande quantité d'eau, par la révulsion cutanée, a surtout amené ce remarquable changement.

Le massage et la percussion me semblent constituer un moyen fort important, soit comme accessoire des douches de vapeur, soit comme traitement principal secondé par les douches et les bains. On sait quel parti en a tiré M. Récamier dans des cas analogues, et combien aussi il en a généralisé l'emploi. Toutefois je ne pense pas qu'on puisse trouver de moyen plus efficace que la combinaison que je viens d'indiquer, quitte, en désespoir de cause, à recourir ensuite aux moyens chirurgicaux extrêmes, à la section des tendons par exemple.

Ce que nous venons de dire des muscles du cou pourrait évidemment s'appliquer à des rétractions et à des contractures survenues dans toute autre région, pourvu toutefois que la disposition des parties permette l'application du remède; je n'ai pas besoin d'y insister davantage.

B. Le rhumatisme du dos et des lombes, des parois abdominales, a été fort souvent combattu avec avantage par les bains et les douches de vapeur. Et si pour la précision du diagnostic il importe de distinguer avec soin d'une affection rhumatismale les douleurs qui se montrent dans ces différentes régions à la suite d'un effort brusque, d'une distension forcée, ou d'une contraction subite et violente des muscles, d'où résulte sans doute naturellement et plus souvent peut-être une déchirure, en pratique et en thérapeutique cela est beaucoup moins important qu'on ne le pense : les douches de vapeur réussissent également bien dans ces deux circonstances, comme des faits cités par M. Rapou semblent le prouver.

L'observation qui va suivre est relative à des cas de rhumatisme bien tranchés, et intéresse surtout par la rapidité de la guérison obtenue à l'aide des vapeurs.

Dans les premiers jours du mois de mars 1838, madame N. . . . . âgée de quarante ans, d'un tempérament sanguin, ressentit sans cause bien appréciable des douleurs vives et aigues dans la région lombaire et les parties latérales des parois abdominales; le moindre mouvement, et les efforts même légers d'inspiration et d'expiration les augmentaient considérablement; la malade n'avait qu'un moyen d'atténuer un peu l'effet de la douleur, c'était de se courber en avant. Il n'y avait du reste ni fièvre ni céphalalgie, aucun trouble dans les autres fonctions. Je prescrivis les bains de vapeur; un premier bain par encaissement détermina un soulagement notable; le lendemain un second bain fit disparaître entièrement les douleurs. La malade se trouva si bien qu'elle ne voulut pas se soigner plus longtemps; elle reprit immédiatement

ses occupations. Madame N....., qui habite les Néothermes, et que j'ai revue souvent après cette atteinte de rhumatisme n'en a plus éprouvé depuis cette époque.

Je me borne à citer ces faits, assez concluants, je pense, pour décider les praticiens à recourir plus souvent qu'on ne le fait aujourd'hui à des moyens si promptement efficaces. On ne saurait trop déplorer l'oubli dans lequel les ont laissés presque tous les auteurs qui se sont occupés d'une manière générale ou spéciale de l'histoire du rhumatisme.

Toutefois, et je me hâte de le dire, qu'on ne croie pas que les vapeurs doivent toujours être employées seules; qu'il ne faut plus désormais saigner par la lancette, ni avec les sangsues et le scarificateur, pas plus que recourir aux purgatifs, aux narcotiques, etc., qui sont dans beaucoup de cas d'un emploi très-avantageux; on se tromperait gravement, et je suis loin de tomber dans cette exagération; mais, ce qui importe avant tout, c'est de saisir les indications, de faire attention à un flux, à une congestion habituelle ou anormale à rappeler, à un état pléthorique à combattre, à l'élément inflammatoire qui réclame les évacuations sanguines, à l'élément nerveux qui indique les calmants, etc. Le talent du thérapeutiste ne consiste pas à n'employer qu'un seul remède, pas plus qu'à multiplier à l'infini ses moyens; mais bien à les combiner sagement, à rechercher les cas où chacun d'eux pourra devenir utile. Il faut souvent remonter aux causes, et dans l'espèce faire grande attention à l'action du froid, aux suppressions de transpiration, etc., c'est alors qu'on se trouve bien de la médication par les vapeurs; car, n'en déplaise à l'homœopathie, l'expérience confirme sans cesse le vieil adage: *Contraria contrariis sanantur.*

A. Bouchacourt.

DU TRAITEMENT DE LA GALE DANS LES HOPITAUX MILITAIRES DE BELGIQUE.

Pendant près de quinze années les galeux de l'armée des Pays-Bas ont été traités par la méthode anglaise, qui a aussi été adoptée jusqu'en 1834 par l'administration du service de santé de l'armée belge. Ce traitement consiste dans l'emploi d'un onguent dont voici la formule:

Soufre sublimé.	une once.
Racine d'hellebore blanc.	deux gros.
Nitrate de potasse	vingt-cinq grains.
Savon vert.	une once et demie.
Axonge récente	trois onces.

Pour faire un onguent dont on fera quatre parties égales.

Lorsqu'un malade entre à l'hôpital, il doit être conduit à la salle des bains; où il dépose ses effets; il reçoit deux onces de savon vert, et doit se laver soigneusement toutes les parties du corps. Il reçoit alors un caleçon et une chemise de toile, ainsi qu'une paire de pantoufles appartenant à l'établissement; on lui remet en même temps une demi-fourniture, c'est-à-dire une paillasse, un sac à paille, et une couverture en laine qui lui sert de manteau.

La chambre destinée à recevoir les galeux doit être constamment chauffée à 27 degrés Réaumur, et ce n'est qu'après y avoir séjourné pendant vingt-quatre heures que les malades commencent les frictions avec l'onguent anglais; ils doivent les pratiquer devant un poêle chauffé à rouge, et on les dispose de manière à ce qu'ils puissent frotter les parties postérieures du corps de leurs camarades.

Une dose est usée pour chacune des frictions, et celles-ci ont lieu à six ou à quatre heures d'intervalle l'une de l'autre.

Aussitôt après les onctions, les malades se remettent au lit, enveloppés dans leurs couvertures.

Le troisième jour, ils reçoivent encore deux onces de savon, et sont envoyés au bain.

Si l'on en croit les médecins qui se sont constitués les défenseurs de cette méthode, entre autres Leue, Ratter, Stannius, Schafer, Vezin, Ricken, Leonhardt, etc. La cure est parfaite après quarante-huit heures; cela peut être vrai lorsqu'on n'a affaire qu'à une gale des plus légères; mais dans presque tous les cas, le nombre des frictions doit être de douze ou seize, et quelquefois de vingt-quatre et trente.

Nous avons abandonné ce traitement par divers motifs que je vais résumer :

1° Quelques jours avant leur sortie de traitement, six à huit jours, et parfois douze et quinze ensuite, les malades sont tourmentés par des démangeaisons aux mains et aux pieds, etc.; une nouvelle éruption se forme, et les soldats devaient rentrer à l'hôpital.

Vezin affirme que cette démangeaison disparaît après huit ou dix jours, et qu'on peut s'exposer au contact de ces malades, se servir de leurs vêtements, coucher avec eux, sans courir le moindre risque de contracter la gale. Or il est bon de savoir que ce médecin n'a expérimenté que sur deux cent quarante-neuf malades, et il est très-probable qu'il les aura presque tous perdus de vue après leur sortie de traitement. Il y a une énorme différence entre les chiffres invoqués par lui, ainsi que par Ratter (1364), Leue, et le nombre des soldats belges qui ont été soumis aux frictions avec l'*unguentum nostrum;* on peut voir par les tables statistiques jointes à mes *Lettres sur la*

thérapeutique des granulations de la conjonctive palpébrale, qu'en une année notre armée, alors forte de quatre-vingt-dix mille hommes, a compté dix-neuf mille trois cent soixante-huit galeux.

J'ai pris note de mille neuf cent sept malades traités par la méthode anglaise, et j'ai trouvé que cent cinquante durent rentrer quatre fois à l'hôpital ; soixante-treize, trois fois ; deux cent cinquante-cinq, deux fois ; un homme y retourna cinq fois, et deux sept fois ; voilà donc quatre cent quatre-vingt-un cas de non-guérison, et c'est à une faible fraction près le quart de mille neuf cent sept.

Dans quatre-vingt-trois cas, les camarades de lit n'avaient rien éprouvé de leur contact avec ces hommes non guéris ; quatre-vingt-cinq malades s'étaient aperçu du mal avant de coucher avec eux, mais s'étaient trouvés en contact avec des hommes récemment sortis des hôpitaux, dans les salles de police, cachots, etc. ; trois cent treize avaient ressenti de la démangeaison de un à dix jours, après qu'un homme récemment traité partageait leur lit.

Nous avons vu que la méthode anglaise guérit promptement ; mais ces chiffres prouvent assez qu'elle ne guérit point sûrement.

2° La dose journalière d'hellébore, l'obligation de persévérer pendant plusieurs jours dans l'emploi des frictions, donnent fréquemment lieu à des accidents nerveux qui tiennent tous de la nature de ceux que détermine l'usage de la vératrine. J'ai trouvé avec Bird, de Grafe et Rust, qu'il naissaient habituellement sur les individus doués d'une peau sensible, nerveux, et de préférence sur ceux qui souffraient de la poitrine ou étaient en proie à des maladies des voies digestives.

3° La méthode anglaise exerce une action diaphorétique que la majeure partie des malades, et en particulier ceux dont il vient d'être question, supportent difficilement, et à laquelle ils ne sont pas toujours soumis sans danger.

4° L'onguent produit souvent d'immenses érosions de la peau, et par suite des érysipèles, des ulcérations qui ne guérissent que fort lentement, et entravent le traitement de la gale.

5° L'usage prolongé des frictions donne aussi lieu à des abcès superficiels, quelquefois assez profonds, qui se forment surtout à l'intérieur des cuisses, au mollet, etc.

6° Il est de toute impossibilité d'entretenir la propreté des salles ; l'aspect des malades est dégoûtant ; le nettoyage et le lavage des effets et des couvertures qu'ils ont mis en usage occasionnent des frais considérables.

Ainsi donc, cette méthode ne guérit point sûrement ; elle donne lieu à divers accidents, et les malades ne peuvent pas être tenus propre-

ment. Ces raisons suffisent pour la faire rejeter, et l'on doit être étonné après cela de l'ardeur que mettent à la défendre les médecins allemands dont j'ai cité les noms. Ce traitement est économique, disent-ils; cela est vrai, si l'on ne tient compte que de la quantité d'onguent qui ne revient guère à plus de 10 centimes par jour; mais il faut faire entrer dans la balance le prix du lavage d'effets imprégnés d'onguent, l'énorme quantité de chauffage nécessaire pour entretenir dans des salles, souvent fort spacieuses, une température de 27 degrés Réaumur; et l'on trouve ainsi que le prix de la journée de traitement revient, terme moyen, de 60 à 70 centimes.

C'est en 1834 que l'administration du service de santé de l'armée belge a ordonné d'abandonner la méthode anglaise pour les frictions avec un sulfure calcaire composé d'après la formule suivante : on prend : fleurs de soufre, ardoises pilées, de chaque une partie, chaux vive quatre parties. On fait bouillir le tout dans une chaudière en fonte, avec quantité suffisante d'eau; on épuise la matière par des ébullitions réitérées, et on porte à la densité de 12°. Les premiers essais avec le sulfure calcaire eurent lieu dans les trois grands hôpitaux de notre pays, ceux de Bruxelles, Anvers et Gand, et on trouva que la guérison était parfaite, terme moyen en six jours.

Voici le mode de préparation que l'on suit aujourd'hui à la pharmacie centrale de l'armée. On prend : fleurs de souffre trois kilogrammes, chaux vive, trois id.; eau de pluie, cinquante id. On mêle le tout dans une chaudière en fonte, et on épuise par l'ébullition jusqu'à la densité de 10°.

Depuis que ce mode de traitement a été adopté, les hommes atteints de gale sont entretenus dans le même état de propreté que les autres malades; ils sont couchés seuls, et leurs lits sont espacés dans les salles de la même manière que dans celles consacrées au traitement des autres maladies. Nos galeux ont chacun un bois de lit, une paillasse, un traversin de toile bourrée de paille, une paire de draps de lit et une couverture. Outre cela ils sont habillés décemment; lors de leur entrée à l'hôpital on les conduit à la salle de désinfection où ils se dépouillent de leurs vêtements pour recevoir une capotte, une chemise, une blouse en toile grise, un pantalon idem, un bonnet de nuit, une cravate en coton bleu, une paire de chaussettes, et une paire de pantoufles.

Un ordre ministériel récent porte que : « l'atmosphère, dans les chambres destinées au traitement des galeux, étant toujours chargée d'une quantité plus ou moins considérable de gaz hydrogène sulfuré, qui hâte la destruction des ustensiles confectionnés en métal, par la formation d'un sulfure, les pots de nuit en étain, les gamelles et gobe-

lets en fer blanc pour les autres malades, devront être en poterie ordinaire pour ceux atteints de gale, et que par le même motif on doit s'abstenir de faire usage, pour les boiseries de ces salles, de couleurs contenant du plomb.»

On a quelquefois accusé le mode de traitement actuellement en vigueur dans nos hôpitaux, de ne point guérir sûrement; mais on n'a pas tardé à reconnaître que la reproduction du mal n'avait lieu que dans certaines localités, et que cela tenait à la défectuosité des locaux destinés aux désinfections. Les divers rapports adressés à M. l'inspecteur général du service de santé militaire furent unanimes sous ce rapport; et depuis que les salles de désinfection ont été mieux appropriées à leur destination, la galle cesse de se reproduire dans les garnisons où cela avait lieu.

J'ai traité en diverses circonstances quatre cent quatre-vingt-onze galeux par les lotions, avec le sulfure calcaire, et j'ai exercé des recherches sur environ sept cent, et sur ces onze cent quatre-vingt-onze cas, je n'ai rencontré que vingt-sept guérisons incomplètes après un traitement qui a été, terme moyen, de sept jours, et encore me suis-je trouvé un instant dans une garnison où les désinfections avaient lieu dans un grenier à peine fermé; dans cette seule ville six hommes sur onze galeux durent rentrer à l'hôpital dans les dix premiers jours après leur sortie.

Depuis trois mois j'ai reçu dans l'établissement dont la service m'est confié :

Deux galeux du 2e régiment d'infanterie de ligne, soixante-dix-huit du 12e; neuf du 3e chasseurs à pied, en tout quatre-vingt-neuf galeux, qui donnent un total de neuf cent soixante-dix journées de séjour à l'hôpital, ou dix jours et une fraction pour terme moyen de la durée du traitement. Mais, si l'on considère que dans nos hôpitaux les sorties n'ont lieu que tous les cinq jours, à dater du premier de chaque mois, si l'on retranche le jour de l'entrée, où le malade ne reçoit habituellement point de sulfure calcaire ce terme moyen descendra à sept jours.

J'ai visité scrupuleusement chacun de ces hommes depuis leur guérison, et, jusqu'à ce jour, aucun d'eux n'a ressenti de démangeaison, et il m'a été impossible de découvrir l'éruption qui survient, après huit ou dix jours, aux mains, aux pieds, aux bras, etc., chez la majeure partie des malades traités par la méthode anglaise.

Deux hommes, qui s'étaient frottés trop fortement, se sont excoriés la peau; les lotions ont été abandonnées pendant quelques jours, et il n'en a rien été.

Il s'en est rencontré huit dont la peau était délicate et qui n'ont pu

faire usage du sulfure qu'en le mélangeant avec partie égale d'eau.

Cinq ont contracté des furoncles ou de petits abcès à la suite du traitement; l'usage des purgatifs salins a suffi pour empêcher qu'il ne s'en formât de nouveaux.

Un malade atteint d'asthme n'a pu y tenir dans l'atmosphère de la salle.

Mon but, en écrivant cet article, a été d'exposer les résultats des deux méthodes thérapeutiques employées dans l'armée belge contre la gale, et de faire ressortir la préférence que me semble mériter celle des lotions avec le sulfure calcaire. Je n'entrerai donc dans aucune considération sur la nature et l'étiologie de cette maladie; je dirai seulement qu'il m'est démontré, par de nombreux faits, que certaines circonstances, entre autres la malpropreté, le séjour dans les cachots humides, et surtout le coucher sur la paille, peuvent donner lieu au développement spontané du mal, ce qui vient à l'appui de l'opinion de ceux qui croient que l'acarus peut nuire sur la peau de la même manière que les vers dans l'intestin chez les enfants

J'entrerai dans quelques détails sur la conduite que l'on tient dans notre armée pour éviter la propagation d'une maladie qui est un véritable fléau lorsqu'une fois elle s'empare d'un corps, d'une garnison, d'un camp.

Voici les mesures que l'on exécute ponctuellement :

1° Les médecins visitent les soldats et les familles des militaires mariés tous les samedis, et les hommes de service leur sont présentés le lendemain. Les galeux sont immédiatement séparés des autres. Les visites sont répétées d'autant plus souvent que le nombre des galeux est plus grand.

2° Lorsque deux hommes couchent dans un même lit, et que l'existence de la gale a été constatée chez l'un deux, il doit être envoyé sur-le-champ à l'hôpital. Son camarade doit recevoir un autre lit, ou une demi-fourniture, et coucher seul durant quinze jours, pendant lesquels il est soigneusement observé par les médecins.

3° Les objets de couchage, d'habillement, d'armement, de grand équipement des galeux, en un mot, tout ce qui a servi à leur usage est immédiatement retiré des chambrées.

4° Les médecins désignent les effets susceptibles d'être soumis à la désinfection qui doit avoir lieu sous leur surveillance.

5° Le linge des hommes atteints de gale doit toujours être lessivé séparément; la doublure des manches et du collet des habits, vestes à manches et capottes, lavée au savon, ainsi que les cols en drap, les coiffes internes de schakos et l'intérieur des bottes et souliers.

6° Les bois de lit, l'armement et les objets de buffleterie ou de harnachement sont également nettoyés et lavés convenablement.

7° Les salles de police, les prisons, les corps-de-garde, les latrines, tant de la garnison que du service intérieur, sont toujours tenus dans un état de parfaite propreté, et les lits-de-camp, tables, bancs, etc., fréquemment nettoyés et lavés au sable et au savon.

8° Les capottes de guérite sont désinfectées de temps à autre, et la doublure des manches en est fréquemment lavée.

9° Enfin les règlements ordonnent aux chefs de corps d'apporter une attention de tous les instants à ce que les hommes placés sous leurs ordres observent la plus rigoureuse propreté, tant sur eux que dans les chambrées, et de se concerter avec les médecins pour l'emploi de toutes les mesures jugées efficaces contre la gale.

J'ai rapporté ces diverses dispositions pour prouver le soin que l'on apporte à préserver nos troupes de la gale, et en même temps pour démontrer à l'évidence qu'avec de pareils mesures, sévèrement exécutées, la reproduction du mal ne peut être rapportée qu'à l'insuffisance du traitement; et la décroissance prodigieuse dans le nombre des galeux, depuis que nous nous servons du sulfure calcaire liquide, est à elle seule une preuve, on ne saurait plus concluante, de la supériorité de ce moyen sur la méthode anglaise.

Au reste, des essais comparatifs avec les deux méthodes peuvent être facilement tentés dans les grands hôpitaux, et ils ne manqueront pas, j'ose le prédire, de conduire aux résultats que j'ai exposés.

Florent Cunier.

DE L'EMPLOI DU CAFÉ COMME DIURÉTIQUE.

Les agents propres à modifier l'économie malade ne manquent point dans la matière médicale; ce qui manque, c'est une appréciation rigoureuse des conditions qui favorisent ou assurent l'efficacité des modifications employées. Pour savoir le dernier mot d'un résultat thérapeutique sérieusement énoncé, il faut une longue et complète expérience; il faut que le fait que l'on cherche à vérifier soit examiné sous toutes ses faces, qu'il soit poursuivi dans toutes les circonstances au milieu desquelles il peut se présenter; car c'est seulement alors que l'on peut poser la loi de ce fait; si une seule de ces circonstances est omise, l'expérience est en défaut: on ne saurait rigoureusement en tirer une conséquence juste. Cette marche est loin d'être celle que l'on suit dans la pratique ordinaire de l'art; on devient sceptique

aujourd'hui à bien meilleur marché. Il suffit d'avoir expérimenté deux ou trois fois un médicament, et de l'avoir vu échouer, pour qu'on n'hésite pas à le rejeter des cadres de la matière médicale, ou au moins pour qu'on lui dénie formellement les propriétés que jusque-là on lui avait reconnues. Quand on n'a point vu de près ce scepticisme facile, on n'imagine pas la légèreté avec laquelle quelques esprits traitent les questions les plus graves de la thérapeutique, et l'aplomb avec lequel ils résolvent les problèmes que les têtes les plus mûres se sont bornées à poser; et nous ne parlons ici que des hommes candides qui n'ont pas la prétention d'avoir trouvé le mot de la grande énigme de la science; car pour les hardis théoriciens qui définissent toute la pathologie par un mot, il est clair qu'ils suivent une marche beaucoup plus sûre; ceux-ci ont un critérium infaillible : tout fait qui ne vient pas de soi se ranger sous la formule nouvelle est un insolent, un malappris, qu'on met sur-le-champ à la porte, comme à Rome tout ce qui n'était pas Romain était réputé barbare : c'est tout simple. Nous le répétons, nous ne parlons que des hommes qui, comme nous, estiment que la thérapeutique se déduit de l'observation, et nous disons que, parmi ceux-là même, il en est quelques-uns qui sont sceptiques, et qui n'ont pas le droit d'être sceptiques, car ils n'ont pas le droit de nier ce qu'ils n'ont point observé suivant les règles d'une expérience suffisante.

Nous ne voulons point nous faire le champion de toutes les vieilleries laborieusement amassées par un aveugle empirisme, ou pompeusement déduites de vaines théories; le crible du temps a jeté au vent ces *balles* stériles; mais ce qui est resté sur l'aire de la science, ce sont les résultats inattaquables de l'observation; ces résultats se reproduisent avec ténacité parce qu'ils sont des faits : rejetés aujourd'hui, ils reparaîtront demain, et ils reparaîtront demain parce que demain ils rencontreront une occasion opportune pour s'appliquer, et qu'hier ils s'étaient heurtés à des circonstances qui les repoussaient. Depuis quelque dix ans, nous avons vu rentrer dans la matière médicale plus d'un médicament qui ne guérissait plus; persuadez-vous qu'à mesure qu'on observera plus sévèrement, qu'on se tiendra plus en garde contre les idées exclusives des théories, cette réhabilitation de la matière médicale deviendra plus complète. Au milieu de toutes les gloires avortées de nos modernes novateurs, n'est-il pas permis de le dire? la science aujourd'hui a plus à gagner à regarder en arrière qu'en avant.

Le café, sur lequel nous voulons, dans cette courte note, appeler l'attention des praticiens, a été, lui aussi, l'objet d'études intéressantes de la part d'anciens observateurs. Il suffit de se rappeler l'action puissante que cette substance exerce sur l'organisme dans l'état normal,

pour comprendre immédiatement les avantages qu'il peut présenter dans certaiens affections; déjà quelques médecins en ont fait quelques heureuses applications à la fièvre dite typhoïde, dans quelques cas de prostration directe où l'indication la plus urgente est de relever l'état des forces. Nous ne le considérons ici qu'à titre de diurétique. Nous ne prétendons pas que dans tous les cas d'hydropisie où l'on se propose d'établir une diurèse révulsive de la collection séreuse, il faille avoir recours aux préparations de café et renoncer aux autres diurétiques; nous pensons seulement qu'il est tels cas d'hydropisie où la collection séreuse peut être considérée indépendamment de la cause plus ou moins probable de sa formation, et dans lesquels le café doit être préféré aux autres hydragogues, à cause de l'influence toute spéciale qu'il exerce sur l'ensemble des forces. Voici du reste l'esquisse rapide de trois observations où la propriété puissamment diurétique de cette substance s'est montrée de la manière la plus évidente.

Dans le premier de ces cas il s'agit d'un nommé Berquin, garçon boulanger, atteint d'une gonorrhée très-intense, et auquel on avait prescrit un bain tiède, daus lequel il séjourna deux heures. Au sortir de ce bain, cet homme se mit immédiatement à son travail; mais bientôt un malaise l'obligea de se mettre au lit; dès le lendemain, ce malade était pris d'une leucophlegmasie la mieux caractérisée, et en même temps la gonorrhée avait disparu. Berquin, attribuant ces accidents à une sueur rentrée, comme il le dit lui-même, crut devoir recourir à une infusion forte de café. Immédiatement après une seconde tasse de cette infusion, une diurèse abondante se déclara et continua tout le jour et la nuit suivante; en même temps, la leucophlegmasie disparut sans laisser de trace. Dans ce cas il est une circonstance particulière qui a pu décider l'action diurétique du café, c'est l'existence d'une gonorrhée, que l'apparition rapide d'une leucophlegmasie avait brusquement supprimée; cette circonstance, nous disons la disparition brusque d'un état morbide dans un organe quelconque, rend constamment l'organe ou l'appareil auquel celui-ci appartient beaucoup plus impressionnable à l'action du modificateur; voilà pourquoi il est bien plus facile de rappeler une affection métastasée que de créer de toutes pièces ces mêmes conditions. Du reste, ici le café fut d'autant plus efficace, que, pendant que d'une part il déterminait du côté des reins une heureuse révulsion fonctionnelle, d'autre part il fit reparaître la gonorrhée qui avait été supprimée.

Dans un deuxième cas, la malade, âgée de trente-huit ans, était atteinte d'une ascite, suite très-probable d'une fièvre intermittente opiniâtre, qui avait laissé, comme trace évidente de son passage, une

hypertrophie prononcée de la rate ; le sulfate de quinine à haute dose nous a paru exercer une heureuse influence sur cet état morbide de l'organe splénique, bien qu'ici nous ayons dû également tenir compte de l'action non moins puissante peut-être des conditions nouvelles dans lesquelles la malade se trouvait placée. Quoi qu'il en soit à cet égard, toujours est-il que, malgré l'amélioration de l'état de la rate, l'ascite persistait, et aussi l'état comme chlorotique de la face et une faiblesse qui inquiétait beaucoup la malade. Dans cet état de choses, nous résolûmes d'essayer encore une fois l'action diurétique du café, qui, à supposer que ce dernier effet manquât, pouvait toujours imprimer une secousse heureuse à l'appareil digestif, comme au reste de l'économie. Notre espérance ne fut point déçue : une diurèse abondante eut lieu; l'ascite disparut en quelques jours, et en même temps la faiblesse, l'état de langueur inquiétant de la malade cessèrent.

Dans un troisième cas enfin, nous eûmes recours au même moyen chez une femme atteinte d'une leucophlegmasie liée à une lésion organique incurable; ici nous craignîmes l'action stimulante du café, et dans la vue de réduire celle-ci à son minimum d'intensité, nous le prescrivîmes en décoction, mais sans torréfaction préalable. Bien que la décoction fût très-concentrée, nous ne remarquâmes aucune excitation du côté du système nerveux ; aussi la malade dormit comme à l'ordinaire; mais du côté de l'appareil urinaire, les choses se passèrent tout autrement : une diurèse extrêmement abondante se déclara sur-le-champ et continua pendant trente-six heures environ sans que la malade eût repris une nouvelle quantité de la décoction. Les jours suivants le même moyen fut continué, produisit chaque fois le même résultat ; et en somme si la malade ne guérit pas, et si depuis l'hydropisie a reparu, nous avons pu au moins constater dans ce cas encore l'action éminemment diurétique du café.

Il nous resterait maintenant à résoudre cette question : le café est-il un véritable diurétique, un agent spécifique de diurèse, ou bien ne produirait-il ce résultat qu'incidemment, c'est-à-dire en imprimant à l'ensemble de tout l'organisme une secousse qui va secondairement retentir sur l'appareil urinaire et exalter son action physiologique? Cette question est importante ; mais les faits que nous avons observés sont trop peu nombreux pour que nous fassions autre chose que la poser. Si le dernier fait que nous avons cité tend à établir qu'il y a en effet dans cette substance une vertu véritablement diurétique, les deux premiers faits ne parlent plus tout à fait de même, et tendraient plutôt à faire résoudre affirmativement la seconde question posée. Dans tous les cas, la constatation de cette action hydragogue du café nous a paru

importante à signaler; c'est pourquoi nous avons cru devoir appeler sur ce point l'attention des praticiens; c'est par des observations plus nombreuses, reproduisant dans leur multiplicité la variété des cas, qu'on parviendra à résoudre et la question que nous n'avons pu que poser, et la question d'opportunité ou d'application, mais le fait d'abord, car le fait est désormais le point de départ obligé de toute question de science. M. S.

DE L'EMPLOI DE L'IODHYDRARGYRATE D'IODURE DE POTASSIUM (IODURE DOUBLE DE MERCURE ET DE POTASSIUM) DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Nous avons déjà fait connaître d'après les idées de M. Soubeiran, chef de la pharmacie centrale, (voir le *Bulletin* des 15 et 18 février), l'iodure double de mercure et de potassium sous le rapport de sa composition chimique, et sous celui de la manière de se le procurer. Il ne sera question dans cet article que des applications de cette substance si complexe au traitement des maladies syphilitiques, applications qui ont été faites par M. Puche, médecin de l'hôpital du midi.

L'iodhydrargyrate d'iodure de potassium pris à petites doses, un demi-grain par exemple, apporte peu de trouble dans les fonctions digestives; lorsque cela arrive, les malades éprouvent un sentiment de constriction à la gorge, de chaleur et de pincement dans l'estomac, de vives coliques suivies bientôt d'évacuations alvines, mais tous ces phénomènes, parmi lesquels on ne remarque guère le vomissement, ne tardent pas à disparaître et la tolérance à s'établir; dès lors ce sel agit comme un excitant momentané du conduit alimentaire et de plusieurs organes sécrétoires.

L'usage de cette substance n'est jamais suivi d'un développement de chaleur animale, de fréquence du pouls, de soif, de sécheresse à la peau, si ce n'est avant la tolérance et lorsqu'il survient des accidents gastriques. Au contraire, on observe dans le pouls une certaine lenteur et une grande diminution des mouvements volontaires qui persistent pendant toute la durée du traitement. Du quinzième au vingtième jour, lorsqu'on n'a pas le soin d'administrer un purgatif, les muqueuses de la bouche s'enflamment, se couvrent de pseudo-membranes, les gencives surtout deviennent gonflées et saignantes; mais le ptyalisme, si commun avec les autres mercuriaux, est rare et disparaît par la suspension seule du traitement : fait remarquable lorsqu'on songe à la ténacité des salivations mercurielles.

A l'extérieur son premier effet sur les tissus est d'agir comme caustique; d'abord on éprouve une sensation de brûlure, puis une plaque grisâtre se montre sur le point où elle a été appliquée, le sang afflue vers le siége de la douleur, les parties environnantes deviennent rouges, l'épiderme se dessèche et tombe par plaques comme dans la scarlatine; enfin, au bout d'un certain temps, cette substance est entraînée dans les voies de la circulation, et agit comme si elle avait été prise à l'intérieur.

Les soins à prendre pendant le coursdu traitement par l'iodhydrargyrate d'iodure de potassium sont les mêmes qu'avec les autres mercuriaux. Quant à la forme sous laquelle il doit être donné, les pilules gélatineuses sont sans contredit la moins désagréable, mais pour un grand hôpital, la solution est plus commode. La dose quotidienne qui se prend par fraction dans le courant de la journée, varie depuis un quart de grain jusqu'à deux grains; plus élevée elle cause des accidents sérieux. Une première atteinte de diarrhée ne doit rien changer à la marche du traitement; presque toujours les organes s'habituent à l'action irritante de cette substance et le dérangement cesse de lui-même. On agirait différemment pour des symptômes de gastrite : il faudrait suspendre immédiatement et combattre cette inflammation par les moyens en usage, mais cet accident est fort rare. Du reste, pour prévenir toute inflammation des membranes muqueuses de la bouche, M. Puche a soin d'administrer chaque semaine un purgatif.

Tels sont les effets principaux de cette substance sur l'économie. Si nous étudions l'iodhydrargyrate d'iodure de potassium sous le rapport des phénomènes d'irritation qu'il détermine dans toute l'économie, et en particulier sur les organes digestifs, on verra qu'il occasionne moins d'accidents que la plupart des préparations mercurielles, et notamment que le sublimé; mais sur ce point, de même que pour la durée du traitement et les quantités de mercure absorbé, il convient de consulter les tableaux statistiques cités par l'auteur.

On voit par ces tableaux que le traitement le plus court a été de dix-huit jours et le plus long de quarante; que la moindre quantité d'iodhydrargyrate employée est de quatorze grains et la plus forte de trente; que la durée moyenne du traitement est de trente et un jours et la dose moyenne du médicament de vingt-deux grains; que les accidents survenus par cette médication sont moins communs qu'avec toute autre préparation mercurielle. Sur les vingt-cinq cas analysés dans le dernier tableau on en trouve quinze sans aucun accident gastrique; quatre avec de la diarrhée, trois avec gingivite sans complications, et enfin, deux présentant de la diarrhée avec affection des gencives.

Il faut encore remarquer ici, pour les malades d'un tempérament lymphatique, cette action toute particulière des combinaisons d'iode et de mercure. Il résulte du tableau précédent que, chez ces personnes, le traitement, au lieu d'avoir été ce qu'on le voit d'ordinaire, le plus lent, est en première ligne ; ainsi il a demandé, chez les tempéraments lymphatiques.

			26	jours.
—	—	lymph-sang.	26	—
—	—	sanguins.	29	—
—	—	bilieux.	35	—
—	—	bilioso-lymph.	37	—

Dans une science toute d'observation et de conjectures comme la médecine, il semblera peut-être extraordinaire de déterminer par des chiffres la valeur d'un traitement; mais s'il est un genre de maladie où la statistique convienne, ce sont les affections vénériennes dont les symptômes toujours les mêmes reçoivent, quant à leur nature, si peu de modification des tempéraments et des saisons.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES VARIÉTÉS ET DU TRAITEMENT DES FRACTURES DES CÔTES.

La thérapeutique des fractures des côtes semblait depuis longtemps fixée ; et peut-être n'est-il pas un autre point de la chirurgie sur lequel les praticiens soient plus généralement d'accord. Tantôt elles sont le produit d'une cause directe qui enfonce le point frappé, et les fragments se portent ou tendent à se porter en dedans ; on les nomme alors spécialement *fractures en dedans* ; tantôt elles sont dues à une cause indirecte, comme quand une double pression, agissant sur le rachis et le sternum, brise la côte en augmentant sa courbure; alors les fragments se portent ou tendent à se porter en dehors, et les fractures sont dites *en dehors*. De là, pour les premières, l'indication de reporter en dehors les fragments dirigés en dedans; on y parvient en disposant des compresses graduées sur le rachis et sur le sternum ; pour les secondes, l'indication de repousser en dedans les fragments proéminents sous la peau, ce qui se fait à l'aide de compresses agglomérées sur la fracture même ; l'appareil complété dans tous les cas par un bandage de corps. Telle est la doctrine générale ; cependant quelques chirurgiens, tout en

l'admettant en principe, pensent que les déplacements sont trop légers pour qu'on s'en occupe, et se contentent d'un simple bandage de corps.

M. Malgaigne, qui semble vouloir faire marcher du même pas la réforme des luxations et celle des fractures, s'est récemment occupé de ce sujet, qui, par suite de ses recherches, a pris une physionomie toute nouvelle. Nous ne ferons, dans cet article, qu'effleurer tout ce qui a trait à l'histoire, à l'étiologie, en un mot à la partie presque purement théorique de la question, et nous insisterons plus particulièrement sur la partie pratique.

Il n'est pas sans intérêt cependant d'examiner comment et par qui les doctrines actuelles ont été introduites dans la science; il le faut même, si l'on veut s'assurer de la solidité de leurs fondements. Or l'histoire de ces fractures semble se diviser en quatre grandes périodes : dans la première, qui se rattache à Hippocrate, à peine si l'on admet une légère inclinaison des fragments en dedans; encore cette circonstance est regardée comme très-secondaire et n'influe pas sur la thérapeutique. A partir de Soranus, l'attention se porte davantage sur l'enfoncement de l'os, et toutes les imaginations sont en travail pour trouver le moyen de le repousser en dehors; on donne des aliments venteux, on applique des ventouses, on cherche à attirer la côte en dehors à l'aide d'un emplâtre agglutinatif collé à la peau et servant de moyen de traction; on va jusqu'à proposer d'inciser les parties molles et de passer un levier sous les fragments pour les relever. Une période nouvelle commence à J. L. Petit, et c'est à lui qu'on doit la théorie des fractures en dedans et en dehors, avec le traitement qui en découle. Enfin, plus récemment, Vacca Berlinghiéri, tout en acceptant le mécanisme suivant lequel, d'après Petit, se produisaient ces fractures, a nié d'une manière presque absolue la possibilité du déplacement.

On comprend qu'il serait superflu de s'arrêter beaucoup aux doctrines anciennes; tout ce qu'on peut en inférer, c'est que les chirurgiens qui les suivaient avaient observé du déplacement dans ces fractures, et n'en avaient vu que d'une seule espèce : en dedans. Cela contrarierait déjà quelque peu et la théorie de J.-L. Petit et la théorie de Vacca; mais comme on pourrait alléguer le peu de lumières des observateurs, ce n'est pas là une objection bien puissante.

Il s'en présente tout d'abord une beaucoup plus forte, tirée de la manière dont J.-L. Petit a établi sa théorie. Il a négligé l'expérience de ses devanciers, et il était trop jeune à l'époque où il publia son livre pour faire valoir la sienne propre; d'ailleurs il ne cite aucune observation à l'appui, et il n'a fait aucune expérience; tellement que cette doctrine si généralement admise ne repose en réalité que sur

quelques vagues idées d'anatomie et de mécanique appliquées à une question de pratique.

Si l'on demande également compte à Vacca de ses opinions, on lui trouve également de bien faibles preuves; son grand argument est que l'action des muscles intercostaux rend impossible tout déplacement. Une ou deux observations empruntées à Duverney, quelques rares expériences sur le cadavre faites par M. Richerand, voilà tout ce qu'on a pu ajouter à ce raisonnement anatomique.

Voyons maintenant les conséquences nouvelles auxquelles conduisent et l'anatomie mieux étudiée, et les expériences plus multipliées, et les observations sur le vivant, et enfin les autopsies.

D'abord comme, dans la théorie régnante, les côtes sont considérées comme des arcs qui se brisent parce qu'on force ou qu'on redresse leur courbure; il est admis que les fractures se font, pour la plupart, vers le milieu de ces os. M. Malgaigne pose en fait que cela est inexact, et que le siége le plus commun de ces fractures est dans la moitié antérieure des côtes. Pour ce qui est des causes directes, on comprend qu'elles peuvent produire leur effet sur tous les points de la côte; mais c'est réellement en avant qu'elles ont le plus libre espace pour agir, la moitié postérieure étant garantie en grande partie par les muscles des gouttières vertébrales et par l'omoplate, et la partie moyenne par le bras et l'épaule. Quant aux causes indirectes, si l'on essaie de fracturer les côtes en faisant agir une compression brusque et énergique sur le sternum d'un cadavre, on voit toujours les fractures survenir dans la moitié antérieure, plus près même du sternum que du milieu des côtes. Il est à remarquer aussi que cette pression brise ordinairement plusieurs côtes à la fois, en sorte qu'une série de ces fractures au voisinage du sternum, à part le cas où elles ont été déterminées par le passage d'une roue de voiture sur les côtes, accuse presque indubitablement une cause indirecte. Ainsi, lors des funestes événements du Champ-de-Mars, en 1837, sur vingt-trois individus morts dans la foule, sept avaient des fractures de côtes, et toutes les circonstances notées par les commissaires chargés des autopsies, témoignent qu'elles étaient dues à la compression dans la foule, sans violences directes; or le nombre des côtes fracturées variait de deux à treize par chaque individu, et toutes étaient brisées à un demi-pouce ou deux pouces au plus de leur cartilage.

Un nouvel ordre de causes laissées dans l'oubli par les auteurs classiques, et qui intéressent toutefois le praticien sous le point de vue du diagnostic, ce sont les causes internes. On connaît jusqu'à présent six cas de fractures de côte déterminées par la toux, chez des individus

qui n'offraient d'ailleurs aucune affection constitutionnelle. Un septième exemple a été observé au Val-de-Grâce sur un malade affecté à la fois de pneumonie chronique et d'hypertrophie excentrique du cœur. La fracture ayant eu lieu sur la quatrième côte sternale gauche, à l'union de ses trois quarts postérieurs avec son quart antérieur, on pensa que peut-être les battements trop énergiques du cœur y étaient pour quelque chose ; il paraît plus probable qu'elle aura été déterminée comme les autres par un violent effort de toux. Ce sont donc en réalité des fractures par contractions musculaires ; et, ce qui est remarquable, c'est que dans tous les cas où le siége précis a été noté, on le trouve à la partie antérieure de la côte.

Les fractures des côtes ne se présentent pas en réalité sous cet aspect uniforme qui résulte de la description des auteurs classiques. La plupart ne traitent que de la fracture simple et complète ; à peine J.-L. Petit ajoute-t-il quelques mots sur la fêlure ; M. Malgaigne en établit, d'après les expériences sur le cadavre et d'après l'observation clinique, trois principales espèces : 1° *fractures incomplètes*, 2° *fractures complètes simples*, 3° *fractures multiples*.

Les fractures incomplètes peuvent affecter les côtes de deux manières : tantôt c'est la moitié supérieure ou inférieure de l'os qui est divisée, l'autre moitié demeurant intacte ; tantôt la fracture occupe une des faces de l'os, en respectant l'autre. La première variété est la plus difficile à produire sur le cadavre ; et sur le vivant elle n'a été observée qu'une seule fois, par M. Lisfranc, avec la démonstration de l'autopsie. Les fractures limitées à l'une des faces de l'os sont simples ou multiples ; elles affectent le plus ordinairement la table interne, se produisent aussi bien par cause indirecte que par cause directe, et s'étendent généralement sur plusieurs côtes à la fois. Cheselden en a rencontré deux cas sur de très-jeunes enfants, et il les attribue à la manœuvre des nourrices, qui les enlèvent d'une seule main par le milieu du corps ; Michault les a constatées chez un adulte ; et, après Michault, Chaussier et M. Lisfranc. Dans tous les cas les fractures avaient été produites pendant la vie et ne furent bien reconnues qu'après la mort ; mais il est d'ailleurs si facile et si commun de les produire, soit sur le cadavre entier, soit sur des côtes isolées et même depuis longtemps séparées des parties molles, que l'esprit se sent invinciblement entraîné à cette conséquence : savoir, que les fractures incomplètes sont bien plus communes que la rareté des observations recueillies ne l'aurait fait penser jusqu'à ce jour.

Les fractures complètes simples présentent également deux variétés. Quelquefois la cassure de la côte, soit transversale, soit oblique, est

à peu près nette ; les fragments ne sont alors retenus en contact que par le périoste ou par les muscles ; mais sous l'influence d'une cause quelconque ils peuvent se déplacer, au moins momentanément, dans tous les sens, et produire la crépitation. D'autres fois, et plus souvent peut-être, la fracture est singulièrement inégale ; chacun des fragments présente une quantité de saillies aiguës et d'angles rentrants qui s'engrènent réciproquement, en sorte que, le périoste et les muscles fussent-ils détruits, les fragments ne s'abandonnant pas pour cela, une pression sur l'un ou sur l'autre les déprime tous deux à la fois du même côté, de façon que le siége de la fracture forme le sommet d'un angle saillant ou rentrant, suivant la direction de l'impulsion. M. Malgaigne donne à cette fracture la dénomination de *fracture dentelée*. On la rencontre sur d'autres os, tels que la clavicule et l'humérus ; mais seulement chez de jeunes sujets, tandis qu'on la produit sur les côtes chez des sujets de tous les âges.

Les fractures multiples sont à peine mentionnées par les auteurs, et cependant elles sont peut-être aussi fréquentes que les fractures simples. Elles se présentent sous diverses formes : tantôt il y a deux fractures incomplètes, c'est ce qui avait lieu dans le cas de Chaussier ; tantôt il y a une fracture complète et une fracture incomplète, ou bien deux fractures complètes, et enfin jusqu'à trois et quatre fractures sur une seule côte.

Dans le musée Dupuytren on conserve deux pièces anatomiques relatives aux fractures de côtes, où plusieurs de ces os sont intéressés à la fois ; dans l'une toutes les fractures sont simples, sur l'autre elles sont toutes doubles. Sur neuf pièces anatomiques que M. Malgaigne a entre les mains, cinq sont des exemples de fractures simples, deux présentent des fractures doubles complètes, une autre offre les traces de trois fractures dont deux étaient incomplètes ; et sur la dernière enfin on trouve quatre fractures dont une incomplète. Il est facile, pour peu qu'il y ait eu de déplacement, de distinguer le col des fractures complètes, formant une virole saillante et rugueuse, du col des fractures incomplètes, qui ne présente qu'une demi-virole, et du côté de la côte seulement où a eu lieu la fracture.

Nous arrivons maintenant à une question capitale ; les fractures des côtes sont-elles sujettes à des déplacements ? dans quels sens ont lieu, et jusqu'à quel point peuvent être portés ces déplacements ?

M. Richerand a produit sur le cadavre des fractures simples et complètes, tantôt par une cause directe, tantôt par une cause indirecte, et toujours sans aucun déplacement. Cela est vrai, et M. Malgaigne a répété avec un égal succès ces expériences. Nombre de fois aussi sur le vi-

vant, la fracture des côtes se révèle par une crépitation distincte, bien qu'il n'y ait aucun déplacement appréciable; il en existe un cas dans ce moment dans le service de ce chirurgien à la Charité. Donc il y a des fractures des côtes complètes sans déplacement.

Giraud fit d'autres essais, et pour les fractures simples il arriva aux mêmes résultats que M. Richerand; mais pour les fractures doubles il observe un déplacement très-notable. Mais ces expériences étaient en trop petit nombre et rapportées aussi avec trop peu de détails. Voici les résultats auxquels est arrivé le nouvel expérimentateur.

Pour les fractures incomplètes, lorsqu'il n'y a qu'une simple fissure, les rapports ne sont nullement changés; mais si la fracture occupe, par exemple, à la fois la table interne et le diploé, la table externe est pliée vers l'intérieur, et le fragment de la table interne, non détaché du reste de l'os, fait, du côté de la plèvre, une saillie qui peut aller à plus d'une ligne. Une des pièces anatomiques de M. Malgaigne montre une fracture de ce genre; malgré la demi-virole osseuse du cal, on peut encore constater que la saillie du fragment antérieur était de plus d'une demi-ligne. Il est bien difficile de reconnaître une semblable fracture sur le vivant, à moins que plusieurs côtes n'y participent et que l'enfoncement de leurs tables externes ne figure même à l'œil une sorte de gouttière; le diagnostic fut cependant porté pendant la vie sur la malade dont M. Lisfranc a raconté l'histoire.

Nous venons de dire qu'il y a des fractures complètes sans déplacement; ce sont spécialement les fractures dentelées; mais les fractures avec déplacement sont au moins aussi communes. A part les expériences faites sur le cadavre, nous avons encore ici la preuve fournie par l'autopsie, de même que par l'observation directe sur le vivant. Dans l'une des pièces du musée Dupuytren présentant plusieurs côtes affectées de fractures simples, la fracture est oblique d'un bord à l'autre, mais dans des directions contraires, et le déplacement varie en conséquence; ainsi, dans la première des côtes fracturées le fragment antérieur fait saillie au-dessus; dans la seconde, il est abaissé au-dessous du postérieur, et à la troisième le déplacement reparaît dans les mêmes conditions qu'à la première. Déjà Vacca avait vu, dans le cabinet de Giraud, une côte consolidée avec difformité; mais il en accusait le traitement mis alors en usage; Fabrice de Hilden a figuré des côtes d'animaux, réunies cette fois sans traitement, et où le déplacement est énorme; M. Malgaigne possède trois pièces analogues prises sur l'homme, et nous pouvons ajouter que tout récemment, chez un individu mort dans le service de M. Velpeau avec des fractures des côtes soupçonnées plutôt que reconnues, sans qu'aucun appareil eût été appliqué et même

sans commencement de consolidation, il y avait un déplacement manifeste; les fractures, dues au passage d'une roue de diligence, étaient près des cartilages et les fragments sternaux étaient notablement enfoncés dans la poitrine.

A plus forte raison les déplacements ont-ils lieu quand il y a plusieurs fractures sur uue même côte. Il y en a un exemple au musée Dupuytren; M. Malgaigne en possède deux, et M. Chassaignac lui en avait communiqué deux autres. Il est remarquable que dans toutes ces pièces, comme dans toutes les expériences faites sur le cadavre, on n'a pas rencontré un seul cas d'esquille complétement détaché du reste de la côte; cela ne suffit pas sans doute pour nier la possibilité du fait, mais du moins est-il permis de le croire très-rare, excepté peut-être dans les fractures par arme à feu.

Quelles sont maintenant les causes de ces déplacements? Il paraît assez bien démontré que l'action musculaire n'y est pour rien, puisqu'on a toujours pu les obtenir sur le cadavre. C'est dans la violence extérieure et la configuration de la fracture qu'elles doivent être cherchées. Seulement pour les fractures voisines du sternum, il y a une cause spéciale qui favorise le déplacement dans un certain sens, et qui tend même à le reproduire quand il a été effacé. Le fragment sternal est le plus souvent enfoncé par l'action de la cause fracturante, et le postérieur fait, en conséquence, une saillie plus ou moins forte en avant. Mais ce qui doit surtout appeler l'attention des chirurgiens, c'est que le décubitus sur le dos augmente cette saillie, attendu que le plan résistant du lit repousse en avant la convexité postérieure des côtes; et si le décubitus a lieu sur le côté de la fracture, la saillie augmente bien davantage. Plus la fracture est rapprochée du sternum, plus ces phénomènes sont prononcés; ils le sont surtout dans la fracture des cartilages; et pour ces derniers spécialement, en variant la pression sur les côtes, on fait saillir à volonté le fragment interne ou l'externe.

Une dernière cause de déplacement et de mobilité dans ces fractures, ce sont les battements du cœur. On n'en connaît qu'un seul exemple, observé par Chalmétée sur son beau-père Claude Chillac; il avait une côte rompue au niveau du cœur, et l'on entendait *son remuement*, dit l'auteur, lorsque le cœur se mouvait. La consolidation ne s'en fit pas moins.

Le diagnostic des fractures des côtes est souvent fort difficile. Tantôt l'épaisseur des parties molles masque la fractnre; tantôt des saillies normales peuvent faire croire à un déplaeement là où il n'y a aucune fracture. Telles sont celles des insertions des muscles grand-oblique et grand-dentelé, surtout quand ces muscles sont raidis par des contrac-

tions spasmodiques ; telles sont encore, chez certains sujets, des saillies très-marquées formées à l'union des côtes avec leurs cartilages par un renflement subit de l'extrémité des os. Enfin, même sur le cadavre, on pourrait prendre pour une ancienne fracture consolidée un renflement irrégulier que la deuxième côte présente dans son tiers moyen, chez presque tous les sujets adultes.

Quand la fracture est complète, il semble qu'il soit facile de produire la crépitation en déprimant un fragment, et faisant saillir l'autre en dehors à l'aide d'une forte inspiration ; l'expérience montre cependant que ce moyen échoue fréquemment. M. Malgaigne a fait remarquer, à sa clinique de la Charité, que la crépitation était bien mieux sentie, en appliquant la main à plat sur le lieu de la fracture présumée, et faisant respirer largement le malade. Bien plus, sur des fractures multiples, la crépitation peut encore manquer par le premier procédé, tandis que, par le dernier, elle est de la plus haute évidence.

Le traitement des fractures de côtes repose sur trois indications, tantôt isolées, tantôt combinées. Pour les fractures sans déplacement, il suffit de maintenir les os en repos pour favoriser la consolidation. Quand il y a déplacement, une seconde indication se présente : c'est de la réduire ; et enfin si ce déplacement a de la tendance à se reproduire, une dernière indication consiste à empêcher ces récidives.

On peut immobiliser les côtes par un appareil approprié ou par la position. L'appareil le plus simple consiste dans un bandage de corps ou dans un bandage roulé ; la ceinture de buffle de Verdue n'agit pas autrement. Il ne faut pas croire cependant qu'on obtienne une immobilité complète ; M. Malgaigne a essayé de ceindre la poitrine d'une bande de diachylon de dix-huit lignes de large ; quoique la pression fût très-forte, un verre d'eau placé sur la moitié supérieure du sternum oscillait d'une manière très-notable. On sait d'ailleurs que la poitrine des femmes, étreinte dans des corsets lacés sur toute sa hauteur, n'en communique pas moins au sein des mouvements très considérables dans le jeu de la respiration. On a imaginé des appareils propres à immobiliser surtout le côté malade, et qui consistent dans une pression latérale et longitudinale exercée sur toutes les côtes que l'épaule ne recouvre pas. Mais le seul moyen connu de fixer cette pression latérale est la striction circulaire, dont on garde toujours les inconvénients. Nous ne parlons pas de l'appareil de Baillif, lourd, compliqué, fort cher, et qui ne rachète ce triple inconvénient par aucun avantage.

Ainsi cette première indication de l'immobilisation des os fracturés n'est point remplie par les bandages ; et de plus ils ont ce grave inconvénient de forcer au repos le côté sain comme le côté affecté. Chez cer-

tains sujets cette étreinte circulaire, poussée un peu trop loin, pourrait entraîner une gêne trop forte de la respiration et même de la circulation; déjà F. de Hilden signalait les dangers d'une ceinture trop serrée dans ces fractures; et J.-L. Petit attribue à un bandage de ce genre, non sans quelque vraisemblance, l'inflammation interne qui succéda à une simple contusion du thorax prise pour une fracture, et qui détermina la mort.

A. Richter a proposé de se borner à la position, en laissant la fracture tout à fait libre. S'il y a un déplacement des fragments en dedans, par exemple, il couche le malade sur le côté sain; et probablement sur le côté malade dans le déplacement en dehors. Mais comme, d'après les recherches exposées plus haut, le déplacement suivant l'épaisseur de la côte est toujours en dedans, le malade devrait donc se coucher toujours sur le côté sain. Et pour les cas où il n'y a pas de déplacement, quelle règle faudra-t-il suivre? et puis, dans les cas les plus simples, les malades se soumettent-ils à garder une pareille attitude et le repos du lit?

Voici à cet égard les règles posées par M. Malgaigne, et appliquées par lui dans son service à la Charité.

Si la fracture est simple, sans déplacement ni forte contusion, le bandage soulage presque toujours. Il faut donc commencer par l'appliquer, en le serrant autant que l'individu peut le supporter sans gêne notable. S'il y a de la gêne, on le desserre; si la striction même légère avec le bandage de toile est pénible, on peut essayer le bandage avec une bande de flanelle roulée. Si la compression ne peut pas se soutenir, et, dans tous les cas, si elle ne soulage pas sensiblement, il vaut mieux se passer de tout bandage.

D'ailleurs il n'est pas nécessaire que le bandage recouvre la fracture; il suffit d'immobiliser les côtes supérieures ou les inférieures, toutes étant à peu près solidaires. Ainsi chez les femmes à gorge développée, on doit placer la ceinture en dessous; chez les hommes, il vaut mieux la rapprocher de l'aisselle, afin d'agir moins sur la cavité abdominale; et il est bon d'essayer sur le malade même laquelle de ces deux compressions, sur la fracture ou loin de la fracture, amène le plus de soulagement. Quand une striction énergique est nécessaire, M. Malgaigne entoure d'abord la poitrine d'une simple bande, et sur cette bande il applique un ruban de sparadrap large de trois doigts et assez long pour faire deux fois le tour du corps.

Dans ces cas, les malades n'ont pas généralement besoin de garder le lit; seulement les exercices un peu actifs leur sont interdits, au moins jusqu'à l'entière disparition de la douleur.

Mais si la douleur est vive, la contusion forte, et le sujet obligé au

repos, que faut-il faire? Quelquefois le bandage soulage; d'autres fois il amène une dyspnée fâcheuse; il est donc toujours indiqué de l'appliquer, sauf à le retirer s'il gêne trop la respiration, et M. Malgaigne le retire même toutes les fois qu'il ne procure pas un soulagement réel, en vertu de ce principe, *que ce qui est inutile est bien près de devenir nuisible*. Quant à la position, le plus souvent les malades d'eux-mêmes affectent à la meilleure; ainsi dernièrement à la Charité, nous avons vu un vieillard affecté d'une fracture simple du côté gauche, demeurer couché sur le côté gauche, et un peu plus tard un adulte affecté de fractures multiples du même côté, préférer le décubitus sur le côté droit. La théorie est facile à donner: dans le premier cas, le décubitus sur le côté lésé ne peut en aucune manière déplacer les fragments, soutenus l'un par l'autre et par les côtes voisines; et il a l'avantage d'immobiliser les côtes de ce côté, en laissant tout à fait libre le côté sain. Dans le second cas, le côté sain est immobilisé à la vérité et même de préférence à l'autre; mais le décubitus sur une côte fracturée en deux ou trois points enfoncerait les fragments intermédiaires qui iraient heurter directement la plèvre et le poumon.

Enfin pour les poitrines délicates, qui ne sauraient supporter la pression circulaire, et qui souffriraient cependant du jeu libre des côtes, M. Malgaigne propose de renfermer le côté lésé seulement dans une sorte de demi-cuirasse formée par des compresses imbibées de dextrine ou d'amidon; ou de l'envelopper avec des rubans de sparadrap, qui prendraient leur point d'appui en haut sur l'épaule, en bas sur le bassin; enfin on pourrait, dans certains cas, utiliser le bandage herniaire à ressort anglais, dont les deux pelotes appuieraient en avant et en arrière sur le côté lésé seulement, la pression du ressort suppléant à la pression circulaire.

Tel est le traitement des fractures sans déplacement; mais quand il en existe, quels sont les moyens de les réduire? Disons d'abord que le déplacement en dedans est le plus fréquent; que c'est le seul qui soit vraiment à redouter, à cause de l'action du fragment enfoncé sur la plèvre et le poumon; enfin, que c'est le seul qu'il soit possible de diagnostiquer sur le vivant. D'après tout ce qui a été dit, on prévoit que M. Malgaigne rejette bien loin les appareils de J.-L. Petit et tous ceux qui s'y rattachent, même celui de M. Lisfranc; il les a d'ailleurs soumis à l'expérience directe. Dans une fracture de côtes sans déplacement, si l'on applique la pression sur la fracture, on enfonce les deux fragments à la fois en leur faisant former un angle; si l'on comprime au contraire sur le sternum et le rachis, on fait faire aux fragments un angle saillant en dehors. S'il y a un des fragments enfoncé, par la pression directe on

l'enfonce davantage; par la pression sur le sternum, on obtient le même résultat quand le fragment antérieur est enfoncé ; et quand c'est le postérieur, on augmente la saillie en dehors de l'autre.

Pour relever un fragment enfoncé on a proposé une foule de moyens. Les seuls que la science puisse avouer consistent, 1° à faire faire une forte inspiration au malade, puis un violent effort : M. Malgaigne n'a jamais vu ce procédé réussir ; 2° en faisant agir certains muscles qui insèrent au fragment enfoncé, tels que le grand-dentelé, le grand-pectoral, etc. ; Ravaton raconte qu'il réussit à réduire des côtes enfoncées en suspendant le malade par les aisselles à deux bâtons que quatre hommes tenaient élevés sur leurs épaules ; c'est donc un moyen qui ne doit pas être rejeté ; 3° enfin les instruments piquants ou tranchants qui agiraient directement sur la côte; sans doute ce moyen extrême sera rarement nécessaire ; toutefois dans les cas rares où il le deviendrait, au levier de Soranus, au tire-fond de Bœttcher, au crochet double de Goulard, qui tous nécessitent une incision préalable, M. Malgaigne préférerait une simple aiguille courbe, analogue au ténaculum, mais un peu plus forte, qu'on plongerait par-dessous le bord supérieur du fragment enfoncé, pour le relever.

Mais dans la plupart des cas, il est possible d'arriver par un procédé beaucoup plus simple, sinon à une coaptation complète, du moins à une réduction suffisante pour que le fragment cesse de piquer la plèvre et le poumon. M. Malgaigne avait expérimenté sur le cadavre qu'en enfonçant, par une pression ménagée, le fragment demeuré en place jusqu'à la rencontre du fragment enfoncé, les dentelures de l'un s'imprimaient avec celles de l'autre, et qu'en abandonnant le premier à son élasticité, il revenait au niveau ordinaire en entraînant avec lui le second. Certaines conditions sont pour cela nécessaires : si la fracture a lieu sur le milieu d'une vraie côte, peu importe quel est le fragment enfoncé ; si elle siége plus en avant, le fragment postérieur jouit seul d'une élasticité suffisante pour soulever l'autre ; et en conséquence s'il était lui-même enfoncé, on réussirait difficilement à le relever. Pour les fausses côtes, en quelque endroit que siége la fracture, le fragment antérieur seul peut être relevé à l'aide du fragment postérieur : heureusement, en vertu même de cette élasticité, l'enfoncement du premier est de beaucoup plus fréquent que celui de l'autre.

Ce procédé appliqué sur le vivant a donné des résultats des plus remarquables. Un homme de vingt-six ans avait eu la troisième et la quatrième côte droites brisées par le passage d'une roue de voiture sur le sternum ; les fragments antérieurs étaient fortement enfoncés, et celui de la quatrième côte surtout était tout à fait au-dessous du niveau du frag-

ment postérieur ; la douleur en ce point était très-vive et avait tous les caractères de l'angoisse. M. Malgaigne fit faire au blessé une large inspiration, après quoi, appuyant avec force sur le fragment postérieur, et fermant la bouche et le nez du malade, il lui ordonna de faire un vigoureux effort. Il parvint ainsi à faire toucher les deux fragments, mais non encore jusqu'à les engrener l'un dans l'autre ; et déjà, chose assez singulière, la douleur avait diminué. De nouvelles tentatives relevèrent le fragment de la troisième côte, sans paraître agir beaucoup sur celui de la quatrième ; la douleur ayant disparu complétement, on ne crut pas devoir en faire davantage.

Un cas analogue s'est présenté récemment à la Charité, à la consultation de M. Malgaigne. Plusieurs côtes avaient leur fragment antérieur enfoncé, non pas tout à fait au-dessous du postérieur ; et la douleur était très-vive. Le chirurgien procéda immédiatement à la réduction, qui fut obtenue d'une manière presque complète ; et le malade déclara aussitôt que sa douleur avait presque entièrement disparu.

Il reste enfin, après la coaptation faite, à empêcher la récidive du déplacement. Ce qui a été dit plus haut des appareils ordinaires suffit pour les mettre hors de cause ; mais peut-on du moins recourir au simple bandage de corps? Chez un sujet atteint d'une fracture des sixième et septième côtes gauches, avec enfoncement et douleur insupportable, la réduction par le procédé indiqué avait parfaitement réussi, et le chirurgien avait laissé son malade couché sur le dos, et à l'aise dans cette position, tandis qu'auparavant il était obligé de se tenir sur le côté droit. Un autre chirurgien intervint et appliqua un bandage très-serré ; dès le lendemain la douleur et l'enfoncement avaient reparu, et M. Malgaigne dut en venir à une réduction nouvelle. Il n'est donc pas partisan du bandage dans ces cas ; et cependant certains malades déclarent qu'ils s'en trouvent bien. Il conseille en conséquence, lorsqu'ils le réclament, d'accéder à leurs désirs, mais avec réserve, et en serrant assez peu pour ne pas s'exposer à une récidive.

Du reste, ce n'est pas au bandage seulement que ce chirurgien attribue la récidive, mais c'est surtout au décubitus sur le dos ; nous avons expliqué comment ce décubitus pouvait augmenter la saillie du fragment postérieur, et par suite l'enfoncement de l'autre. La première indication est de porter en avant le fragment enfoncé ; ce qui s'obtiendra en couchant le malade sur le côté sain, si ce fragment tient au sternum, et sur le côté malade dans le cas contraire. La seconde est de réprimer la saillie trop forte de l'autre fragment ; on y parvient en général par le même moyen : si cela ne suffisait pas, M. Malgaigne propose d'exercer une pression suffisante sur ce fragment, sans aucune striction circulaire de la

poitrine, au moyen du bandage herniaire anglais; et pour que la pression de la pelote sur l'os n'expose pas à la mortification des téguments, il conseille de l'appliquer sur les espaces intercostaux voisins, élevés au-dessus du niveau même de la côte par de petites compresses ou de petits coussins.

Ces idées nous ont paru assez neuves et assez intéressantes pour les porter à la connaissance des praticiens; d'autant plus qu'outre le contrôle de l'expérimentation, elles ont déjà subi celui de l'expérience clinique. Elles servent également à éclairer le traitement des fractures des cartilages des côtes, dans lesquelles les chirurgiens les plus avancés déclarent qu'il n'est aucun moyen de remédier au déplacement. A l'aide du bandage herniaire appliqué en avant sur le fragment saillant, en arrière sur la convexité des côtes, M. Malgaigne a réussi à guérir une fracture du cartilage de la cinquième côte droite, accompagnée d'un déplacement très-sensible, sans laisser au malade la moindre difformité.

E. R.

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉVACUATION DE L'HUMEUR AQUEUSE DE L'OEIL.

L'évacuation de l'humeur aqueuse est une conquête de la chirurgie moderne; c'est un illustre chirurgien anglais, M. Wardrop, qui le premier mit cette opération en pratique, et lui donna une certaine vogue en Angleterre. Pendant longtemps en France et en Allemagne on a éprouvé une grande répugnance pour cette opération, au point que j'ai cru pendant longtemps être le premier qui l'aie tenté sur le continent.

Cependant en lisant attentivement les opuscules cliniques posthumes de Marc-Antoine Petit de Lyon, je me suis convaincu que ce célèbre chirurgien l'avait employée : il paraît même que ce fut avant M. Wardrop. Mais sa publication étant postérieure à celle du chirurgien de Londres, l'honneur de la découverte reste au chirurgien anglais; c'est ainsi que le nouveau procédé de pupille artificielle pratiqué sur M. de Sauvage par M. Demours lui appartient, bien que Petit eût pratiqué une opération semblable quelques années auparavant, il eut le tort, il est vrai, de ne pas lui donner de la publicité.

Quoi qu'il en soit de cette priorité relativement à l'évacuation de l'humeur aqueuse, il ne faut considérer ici que la valeur réelle du procédé : c'est ce que nous allons examiner avec soin.

M. Wardrop ayant reconnu que dans un grand nombre d'inflammations internes du bulbe de l'œil, le phénomène le plus désagréable et

le plus douloureux était un gonflement de l'organe accompagné de tension et de sensation, d'éclatement, et que les symptômes cessaient après la rupture de la cornée, conçut le projet de provoquer artificiellement ce résultat. Il eut surtout pour but d'amener un soulagement soudain et de conserver l'organe; car dans les ruptures spontanées, la cessation des principaux symptômes douloureux était très-rapide; mais l'organe était compromis par la manière dont se faisait l'évacuation. Tantôt la fissure de la cornée était tellement grande que l'œil se vidait, tantôt l'iris faisait irruption par la fente, s'y étranglait, et détruisait la chambre antérieure ou l'espace pupillaire; tantôt enfin le cristallin se luxait et passait dans la chambre antérieure.

Afin d'éviter ces divers accidents, qui tous compromettaient la vision, M. Wardrop pensa que l'évacuation artificielle pouvait être employée. Appelé auprès d'un homme atteint d'une grande tension de l'œil avec symptômes d'éclatement prochain, il prit un petit kératotome ordinaire, et fit une ponction à l'angle externe de la cornée : l'humeur aqueuse jaillit avec force; elle fut accompagnée de photopsie étincelante très-prononcée, et suivie d'un soulagement marqué.

Il faut surtout se hâter de recourir à l'évacuation de l'humeur aqueuse lorsque les phénomènes de rupture sont trop éminents, et que rien ne soulage le malade, quelque énergie que l'on ait donné au traitement antiphlogistique ou stupéfiant. On aperçoit presque toujours alors sur la cornée, non loin de son insertion à la sclérotique, un cercle d'un blanc bleuâtre, dépoli et terne, assez ressemblant à l'arc sénil. Quand ce signe est apparent, la rupture ne tardera pas à avoir lieu. Malheureusement, quand l'ophthalmie est compliquée de chemosis et de kératite pustuleuse, ce cercle est moins appréciable; soit que la conjonctive s'élève en forme de bourrelet, soit que les mucosités sécrétées par la conjonctive oculo-palpébrale ternissent la cornée.

Ce serait méconnaître la direction imprimée à la marche de la chirurgie moderne que de vouloir assigner une seule et même méthode pour pratiquer l'évacuation de l'humeur aqueuse. C'est pour ne point mériter ce reproche que nous croyons devoir indiquer les diverses modifications à faire éprouver à l'opération qui nous occupe, en raison des différentes circonstances où elle est applicable.

Toutes les fois qu'on est obligé d'évacuer l'humeur aqueuse pour tenter la guérison d'une hydrophthalmie aiguë ou chronique qui a résisté aux remèdes internes, le meilleur procédé à employer est celui qui est recommandé par M. Wardrop. Le malade étant placé sur une chaise assez élevée, l'opérateur saisit l'aiguille à cataracte lancéolée de Beer, et la tenant comme une plume à écrire, les paupières étant tenues ou-

11.

vertes, soit par lui-même, soit par un aide, l'enfonce dans la cornée à une ligne environ de son union avec la sclérotique. Cette ponction doit être pratiquée dans la direction d'une ligne qui, partant du point élu pour l'introduction de l'instrument, irait aboutir à la partie supérieure du bord libre ou pupillaire de l'iris. Ceci est indispensable, parce qu'aussitôt que la lame est parvenue dans la chambre antérieure, la tige qui la soutient étant beaucoup plus fine, l'humeur aqueuse jaillit avec force, et l'iris se présente immédiatement devant la tige ; mais on évite de le blesser en abaissant légèrement la main et en portant la lame de plat contre la concavité de la cornée. Il est malheureusement très-fréquent de voir l'iris contracté sur la pointe de l'aiguille avant que cette petite manœuvre ait pu être exécutée ; dans ce cas il faut tenir l'instrument immobile et placer la paume de la main au-devant de l'œil, sans le toucher, afin de faire dilater la pupille, au moyen de l'obscurité ainsi produite, après quoi l'instrument peut être retiré sans danger pour l'iris. Pour obvier à cet accident, je me sers d'un petit instrument composé d'après le modèle du coréoncion de Graefe, avec la différence qu'il y a deux lames superposées l'une à l'autre par le même mécanisme que dans l'instrument précité, et qu'une de ces lames est, non tranchante, en argent, et permet de retirer celle qui coupe, au moment même où elle achève la section de la cornée. Cet instrument nous sert aussi quelquefois pour pratiquer l'opération de la pupille artificielle et pour briser la capsule du cristallin dans l'opération de la cataracte. Il peut arriver qu'aussitôt l'humeur aqueuse évacuée, l'iris se présente au trou laissé par l'aiguille et cherche à s'y engager. Nous disons *cherche*; car jamais, quand on a employé l'aiguille de Beer, l'ouverture de la cornée n'est suffisante pour donner passage à cette cloison mobile. Mais elle peut contracter des adhérences avec la plaie, l'empêcher de se fermer, occasionner une déformation de la pupille, ou une fistule de l'humeur aqueuse. Pour obvier à de pareils inconvénients, nous avons recours au procédé de Wardrop, ainsi modifié : 1° nous faisons instiller dans l'œil, cinq ou six heures avant l'opération, quelques gouttes de solution aqueuse de belladone, dans le but d'obtenir la plus grande dilatation possible de la pupille; 2° après avoir placé le malade comme le recommande le chirurgien anglais, nous enfonçons l'aiguille à cataracte dans la cornée transparente à la partie externe de son diamètre transversal, à la même distance de son union avec la sclérotique que dans l'autre procédé, le tranchant de l'instrument étant tenu parallèle à l'axe de l'œil. Par ce moyen, non-seulement l'iris ne court aucun risque d'être blessé; mais encore on évite de le voir se présenter à la solution de continuité. La cicatrisation de la cornée n'a lieu

qu'au bout d'un certain temps; l'écoulement persiste pendant un ou deux jours. Si cela était jugé nécessaire, on pourrait sans crainte empêcher cette cicatrisation en passant dans l'ouverture pratiquée un petit stylet mousse de Méjan, chose assez facile, car la cicatrice se reconnaît à une petite tache blanchâtre. Quoi qu'il en soit, aussitôt que la ponction est faite, le malade croit voir dans son œil des sillons lumineux ou de petits globules de feu, circonstances dont il faut le prévenir, crainte de l'alarmer ou de lui donner un espoir peu fondé de guérison, lorsque ce phénomène coïncide avec la ponction pratiquée sur un œil frappé de cécité, dont on veut seulement diminuer la procidence. Aujourd'hui, les trois quarts de Voolhouse et l'aiguille creuse d'Albucasis sont relégués dans les arsenaux de chirurgie comme des monuments historiques de la science.

C'est en suivant le procédé que nous avons décrit que j'ai déjà pratiqué treize fois l'évacuation de l'humeur aqueuse. Je serai toujours disposé à tenir une conduite semblable dans les cas où cette opération me paraîtra indiquée. C'est surtout dans les irrités et les aco-capsulites consécutives aux ophthalmies égyptienne et blennorrhagiques, où l'éclatement du bulbe est si prompt, que cette opération est indiquée.

Dans mon mémoire couronné à la société médico-pratique de Paris sur l'inflammation simple et spécifique de l'iris, j'ai rapporté plusieurs cas de guérisons obtenues par ce moyen. Déjà les Allemands commencent à vaincre la répugnance qu'ils éprouvaient pour cette opération. Le savant et consciencieux Éblé déclare l'avoir pratiquée trois fois avec succès.

Ici trouve tout naturellement sa place une réclamation que je dois faire au sujet d'un article inséré dans ce recueil, et qui tendrait à faire croire que M. Sichel est l'inventeur de la ponction de la cornée pour évacuer l'humeur aqueuse. En effet, le rédacteur de cet article, pour faire valoir cette opération, dit que M. Sichel a étendu la ponction pour l'évacuation de l'humeur aqueuse, à celle de l'hypopyon. Quand on dit étendre l'application d'un principe, d'un procédé, d'une médication, d'une chose à une autre, c'est, je crois, vouloir dire qu'on a fait faire un pas à la science, ou tout au moins agrandi la sphère du moyen proposé. Or ici rien de semblable : pour moi et pour tous ceux qui veulent se donner la peine de consulter les auteurs, ce n'est pas une nouveauté; car l'évacuation de l'hypopyon purulent et de l'onyx est connue dès la plus haute antiquité. Dans des temps moins reculés, Voolhouse et Richter la préconisèrent surtout (1); ce dernier recommande de faire

(1) Observ. chirurgiæ, fasciculus 1, chap. XII.

une incision très-étroite, car, dit-il, *aliquando vero quum operationem hypopyi post ophthalmiam vehementem orti instituerem, accidit ut incisa cornea, et elapso humore aqueo lens cristallina in cameram anteriorem prolaberetur.*

Demours avait aussi recommandé d'inciser la cornée pour évacuer la collection purulente de la chambre : une planche de son bel atlas représente cette opération, avec la modification qu'il apporte au procédé opératoire. Mais qu'est-ce que Demours, pour de certaines gens, qui ne peuvent comprendre tout ce qu'il y avait de savoir et de profondeur pratique dans un homme assez modeste pour ne pas dire à tout le monde ce qu'il valait ?

Si l'extension de la ponction de la cornée qu'a voulu faire M. Sichel pour le traitement de l'hypopyon n'a aucune valeur comme invention, elle en a une bien autrement importante à mes yeux, c'est que ce praticien, qui était si opposé à l'évacuation de l'humeur aqueuse, commence à comprendre sa valeur. CARRON DU VILLARDS.

D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR PORTER DES MÉDICAMENTS SUR LA MUQUEUSE DE L'URÈTRE.

L'Académie royale de médecine vient de recevoir un Mémoire sur un nouveau moyen de porter certains médicaments dans le trajet du canal de l'urètre. L'auteur de ce Mémoire, M. le docteur Mareillaud-Crespiat, praticien très-répandu de Paris, nous ayant rendu témoin plusieurs fois des avantages de son appareil, nous allons le faire connaître à nos lecteurs, pour leur permettre d'en juger d'après leur expérience personnelle, en attendant le jugement que l'Académie en portera elle-même par l'organe de MM. Lagneau et Cullerier, chargés d'apprécier la valeur de ce procédé.

M. le docteur Crespiat s'est proposé de suppléer à l'insuffisance des sondes ordinaires et des injections du canal; il emploie son appareil principalement dans les écoulements chroniques de l'urètre ; mais il est aisé de voir que si les épreuves subséquentes confirment les avantages qu'en a retirés ce médecin, rien ne sera plus facile que d'en généraliser l'usage, en l'étendant à presque toutes les lésions locales, soit chroniques, soit aiguës, de ce canal. Donnons d'abord la description de cet appareil; nous verrons ensuite comment il convient de l'employer.

Quatre pièces principales le constituent : 1° des bougies consistant dans une espèce de chemise de deux à trois doubles de baudruche adhérents ensemble à l'aide du caoutchouc. Cette combinaison laisse à ces

bougies la souplesse de la baudruche en leur communiquant la solidité du caoutchouc; leur longueur est de six à sept pouces, leur diamètre est celui des six derniers numéros des bougies ordinaires. Du reste, leur diamètre et leur longueur peuvent subir toutes les variations désirables. Quant à la forme, il serait difficile de leur en assigner une rigoureuse. Nous dirons seulement que dans leur état de distension elles représentent exactement les bougies en gomme élastique; leur petite extrémité se termine à peu près de la même manière; à la grosse se trouve un fil ciré, dont il sera question tout à l'heure, qui contourne son ouverture.

La seconde pièce est un robinet auquel se trouve une clef perforée pour fermer ou ouvrir à volonté son conduit; un pas de vis à pression pour fixer un mandrin, et un petit anneau dans lequel passe un cordonnet pour fixer, si on le désire, la bougie à la verge. Ce robinet est introduit par sa petite extrémité dans la bougie en l'y fixant fortement à l'aide du fil dont on vient de parler.

La troisième pièce est un mandrin ordinaire, destiné à introduire la bougie; il est assujetti, dans cette dernière, à l'aide du pas de vis mentionné; dans cet état de choses la bougie forme de nombreuses rives longitudinales sur le mandrin; c'est dans ces rives que se logent les substances médicamenteuses à introduire dans l'urètre.

La quatrième pièce est une seringue à piston graduée; la canule de la seringue est terminée de manière à pouvoir se visser hermétiquement avec la grosse extrémité du robinet.

Maintenant voici la manière dont on se sert de cet appareil, elle facilitera l'intelligence de sa composition. On introduit le mandrin dans la bougie décrite, en ayant soin de le maintenir fortement à l'aide de la vis de pression; cela fait, on enduit la bougie avec la substance médicamenteuse appropriée. On l'introduit ainsi et d'après la méthode ordinaire dans le canal de l'urètre. Parvenu au point du canal où l'on désire appliquer le médicament, on retire avec précaution le mandrin, on prend la seringue pleine d'eau chaude, on la visse au robinet, on pousse l'injection dans la bougie; la graduation de la seringue indique le point de distension qu'elle peut supporter; on dévisse alors la seringue, on tourne la clef du robinet, et l'on visse la bougie à la verge comme j'ai dit plus haut; par ce moyen, la bougie distendue explique naturellement la substance dont elle est chargée sur le point d'érection du canal.

L'emploi de la sonde est plus facile certainement que celui des injections et l'introduction des sondes ordinaires. Il est bien plus aisé surtout, à l'aide de ce procédé, de porter sur le point de la membrane

affectée un médicament. Les malades les supportent d'ailleurs plus facilement que les injections; ce qui permet de les laisser à demeure aussi longtemps que la cure l'exige ; ajoutons à cela que les attouchements sont moins fréquents pour appliquer ces sondes que pour pratiquer les injections ; qu'on maîtrise mieux leur action, qu'on est plus sûr de leur effet, qu'on porte enfin le remède précisément là où il est nécessaire. Quand le canal était par hasard réfractaire à certaines substances, on pouvait aisément en substituer d'autres ; mais une preuve décisive de l'avantage relatif de ce nouveau procédé sur les procédés anciens, c'est qu'il a déterminé la guérison après l'usage infructueux des autres moyens.

Combien doit-on laisser séjourner la bougie dans le canal de l'urètre? *A priori* il serait difficile de préciser rigoureusement le temps du séjour. Le tact seul du praticien, en tenant compte de la maladie et de l'agent dont il fait usage, pourra lui tracer la conduite qu'il devra tenir dans cette circonstance. Il en sera de même pour le laps de temps qu'il devra laisser écouler d'une application à une autre. Dans les observations citées par M. Crespiat, et qui ont pour objet des blennorrhagies chroniques, cet habile praticien a introduit ses bougies d'abord de deux jours l'un, puis tous les jours sur la fin du traitement ; sur quelques malades elles ont été introduites tous les jours dès le commencement ; la durée des séjours a varié d'un quart-d'heure à une demi-heure ; le nombre des applications a été de onze à quatorze. On aura soin de prescrire au malade d'uriner avant l'introduction de la bougie, et, après sa sortie, de rester le plus longtemps possible sans lâcher de l'eau.

CHIMIE ET PHARMACIE.

MIEL ROSAT, OXYMEL SIMPLE, OXYMEL SICLLITIQUE; PROCÉDÉ POUR LES OBTENIR CLAIRS ET TRANSPARENTS ; PAR M. THIERRY.

Quand on prépare le miel rosat par le procédé du Codex, on obtient un mellite trouble, et, pour l'avoir tout à fait transparent, il faut recourir à la filtration, procédé fort lent qu'on a fini par négliger tout à fait. J'ai pensé qu'il n'était pas sans utilité de donner à un médicament fréquemment employé un aspect agréable sans diminuer ses propriétés médicinales. J'ai travaillé dans ce but ; et quelques expériences patiemment suivies m'ont amené au résultat que je voulais atteindre. Désor-

mais le miel rosat se préparera clair et limpide, aussi bien que tous les autres sirops.

La non transparence du miel rosat tient à la cire que renferme le miel; je me suis attaché à dégager le miel de cette substance, et j'indique rapidement le procédé qui m'a réussi. Le voici appliqué à la formule du Codex.

Pétales secs de roses rouges.	1 kil.
Eau bouillante.	6
Miel blanc.	6

Versez l'eau bouillante sur les roses; faites infuser pendant vingt-quatre heures. Jetez l'infusion sur une toile, laissez passer les premières portions que vous mettrez de côté, puis soumettez le reste à la presse.

D'autre part, mettez le miel dans une bassine avec quatre-vingt-seize grammes de craie (carbonate de chaux) et un litre et demi d'eau. Faites bouillir pendant deux minutes, et ajoutez-y un demi-litre d'eau dans laquelle vous avez battu trois blancs d'œufs. Laissez bouillir encore quelques minutes, tirez la bassine hors du feu, abandonnez-la quelques instants pendant lesquels la craie se déposera, et passez au travers d'un blanchet. Le carbonate de chaux est absolument indispensable dans cette clarification. Il forme avec la cire une sorte de savon calcaire insoluble, qui est ensuite enveloppé par l'albumine. Les autres modes de clarification ne peuvent atteindre le but qu'on se propose, comme j'ai eu occasion de m'en assurer.

Le miel ainsi clarifié, remettez-le dans la bassine avec les dernières portions de l'infusion, et faites cuire à trente-quatre ou trente-cinq degrés. Alors ajoutez-y la portion d'infusion obtenue sans expression, qui décuit votre sirop et le met à trente degrés. Après un instant d'ébullition, vous avez un miel rosat parfaitement clair et odorant, quelque trouble que fût l'infusion, parce qu'elle se dépure à l'aide de l'albumine contenue dans les roses.

Un mot seulement sur les différentes expériences que j'ai faites et sur le nouveau procédé que je signale. J'ai dit que la craie est nécessaire; et, en effet, le carbonate de chaux s'unit avec la cire ou l'entraîne avec lui. Je m'en suis assuré en prenant ce qui restait sur le blanchet après la clarification, j'ai lavé ce résidu pour enlever le miel; je l'ai traité par l'acide chlorhydrique étendu qui a dissous le carbonate de chaux, et m'a laissé l'albumine et la cire. Ce second résidu lavé et séché, je l'ai traité par l'éther sulfurique qui a dissous la cire, laquelle est restée dans la capsule après l'évaporation de l'éther.

J'ai employé le miel despumé qui ne m'a pas donné d'autre résultat que le miel ordinaire. J'ai employé le miel clarifié avec le blanc d'œuf;

le miel rosat ne s'en est pas présenté moins trouble, tandis que le miel de roses préparé avec la craie et le blanc d'œuf est parfaitement clair.

Quelques pharmaciens ont pensé que le miel rosat dont l'infusion a été faite à froid donnait un plus beau produit ; l'essai que j'en ai fait ne m'a pas donné ce résultat. L'infusion est plus claire et moins foncée que celle qui s'opère à chaud, mais le miel rosat qui en résulte est également trouble. La non transparence du miel rosat n'est pas due à l'infusion, mais à la cire contenue dans le miel.

J'ai été plus loin ; j'ai employé le miel clarifié (par le procédé indiqué) avec l'infusion à froid ; elle m'a donné un beau produit, mais moins coloré. La quantité d'eau que l'on emploie ne suffit pas pour décolorer entièrement les roses.

J'ai tenté un autre essai. J'ai préparé l'infusion de roses avec de l'eau chauffée à 25°. Cette infusion n'est pas aussi claire que celle qui se fait à froid ; mais les roses sont plus décolorées que dans l'opération précédente, sans l'être encore entièrement. D'où je conclus que l'infusion à l'eau bouillante doit être préférée.

Oxymel simple. — De ces premiers essais faits sur le miel rosat, j'ai été conduit à penser que le même procédé pouvait s'appliquer en partie à la préparation de l'oxymel simple et de l'oxymel scillitique; je ne m'étais pas trompé, et le résultat a répondu à mon attente. J'avais débarrassé le miel de la cire, c'était un grand point obtenu; restait à priver le vinaigre des sels qu'il tient en dissolution, que la concentration lui fait déposer et qui altèrent le transparence de l'oxymel. Voici comment j'ai opéré : j'ai fait évaporer le vinaigre dans une capsule de porcelaine jusqu'à ce qu'il fût réduit au cinquième de son poids, je l'abandonnai alors à lui-même pendant deux jours. Les sels se déposèrent, et je filtrai.

Prenant ensuite la quantité de miel prescrite dans la formule, je clarifiai par les moyens indiqués pour le miel rosat. Je fis cuire à trente-un degrés et j'ajoutai en dernier lieu le vinaigre concentré et filtré.

L'oxymel simple préparé de cette manière est parfaitement clair et d'un goût agréable.

Si l'on opère sur de grandes quantités, on peut distiller le vinaigre pour en obtenir les trois quarts ou les quatre cinquièmes de vinaigre distillé, et utiliser ce produit.

Dans une préparation d'oxymel simple, où il fallait employer soixante-dix kil. de vinaigre, j'ai distillé ce vinaigre, qui m'a donné cinquante-deux kil. de vinaigre distillé. Ce qui restait dans la cucurbite ne sentait nullement l'empyreume et avait au contraire une odeur fort agréable. Cette opération exige d'être conduite avec soin vers la fin.

Le vinaigre concentré se conserve très-bien ; on pourrait en avoir

ainsi de tout préparé à l'avance pour s'en servir en temps utile, il n'en serait que plus convenable (1).

Oxymel scillitique. — Pour la préparation de l'oxymel scillitique, je conseille de suivre le même procédé que pour le précédent, seulement il faut se borner à faire évaporer le vinaigre scillitique, à le réduire au cinquième de son poids, le laisser en repos pendant deux jours et filtrer; il est nécessaire que cette concentration soit faite avec soin.

On pourrait penser que les sels contenus dans le vinaigre scillitique dussent entraîner avec eux, en se déposant, le principe âcre de la scille. Le dépôt resté sur le filtre est un sel peu soluble et sans saveur; qui bien évidemment ne contient pas de scillitine.

SUCRE ET SIROP DE VIOLETTE.

Bien que nous n'ayons pas été à même de répéter cette expérience, et que nous ne puissions pas en affirmer d'avance le succès; nous croyons cependant, à l'époque où les pharmaciens ont coutume de renouveler leur provision de sirop de violette, devoir porter à leur connaissance les réflexions et la formule suivante, que nous empruntons à la Gazette eclectique de Véronne.

Les altérations fréquentes qu'éprouve dans sa couleur le sirop de violette (dit M. Annezo Zaccari), et les grandes difficultés qu'il y a pour l'en préserver, me firent rechercher les moyens de préparer un sucre qui, en conservant longtemps sa couleur bleue et l'arôme des violettes, pût donner au besoin un sirop jouissant de toutes les propriétés désirables. A la fin de 1837, j'eus la satisfaction d'arriver au but que je m'étais proposé, et, après avoir soumis le sucre que j'avais obtenu à diverses expériences, je remarquai qu'il se conserve parfaitement à l'abri du contact de l'air et de la lumière, dans des vases hermétiquement fermés; que la lumière lui enlève une partie de sa couleur, sans causer d'autres altérations, et qu'exposé à l'air libre, il attire l'humidité, perd son odeur, blanchit et devient déliquescent.

Pour le préparer convenablement il faut :

1° Prendre une partie de pétales de violettes simples et deux parties de pétales de violettes doubles; les premières comme plus odorantes, les secondes comme plus colorées;

2° Employer dix onces seulement d'eau distillée par livre de pétales;

---

(1) Les réactifs qui, d'ordinaire, amènent la présence soit du cuivre, soit du plomb, ne m'ont décélé aucun de ces deux métaux dans ce vinaigre concentré.

3° Choisir du sucre très-pur et exempt de chaux;

4° Préférer pour les opérations les vases d'étain, qui avivent la couleur bleue de violette.

5° Evaporer le suc à l'étuve avec tous le soin possible.

Lorsque le suc est fait (ou plutôt l'infusion), on en prend quinze parties, on les mêle à soixante-quatre parties de sucre pur et pulvérisé. On met le tout dans un vase d'étain, on porte à l'étuve, dont on entretient la chaleur à trente ou trente-cinq degrés; et au fur et à mesure de l'évaporation, on ajoute à plusieurs reprises une nouvelle quantité de suc, jusqu'à ce qu'on en ait employé un poids égal à celui déjà absorbé.

L'évaporation terminée, on détache le sucre, on le casse en morceaux, et on le renferme dans des flacons à l'émeri, parfaitement secs, et recouverts de papier noir.

Avec toutes ces précautions, on a un suc cristallisé d'une saveur de violette des plus agréables, et d'une belle couleur bleue, qui se fonce davantage, cependant, lorsqu'on convertit ce sucre en sirop. Pour cela, on fait dissoudre au bain-marie onze parties de sucre pour cinq parties d'eau distillée.

SUR L'ANTIMOINE DIAPHORÉTIQUE, PAR M. OSCAR FIGUIER.

L'antimoine diaphorétique est la préparation la plus généralement connue dans les pharmacies sous le nom d'oxyde blanc d'antimoine, et celle qui est employée par presque tous les praticiens. C'est ce composé que le codex français de l'année 1818 désignait sous le nom d'*oxydum stibii album mediante nitro confectum*.

Tous les pharmacologistes sont loin de s'accorder sur la préparation de ce médicament; et un des effets les plus fâcheux de cette discordance, c'est que les produits obtenus par les diverses méthodes ne présentent point d'identité dans leur composition et leurs propriétés.

Il résulte des expériences de M. Berzélius, sur ce sujet, que lorsque l'on n'emploie pas un grand excès de nitre, le produit contient, à l'état de mélange, des composés diversement oxydés de l'antimoine. M. Soubeiran a admis une composition de ce genre dans l'antimoine diaphorétique obtenu avec parties égales de nitre et d'antimoine, suivant la formule admise par le codex de 1818.

Nos expériences nous ont conduit à confirmer ce résultat. On sait toute la difficulté que présente la séparation des divers oxydes d'antimoine : elle est si grande que les analystes les plus exercés de notre époque la regardent comme à peu près insurmontable.

Voici la méthode que nous avons suivie pour tâcher d'arriver à ce but.

L'antimoine diaphorétique a été traité à plusieurs reprises par l'acide acétique, d'abord faible, puis de plus en plus concentré. Cet acide a enlevé la potasse et le protoxyde d'antimoine; ce dernier a été converti en sulfure insoluble au moyen de l'hydrogène sulfuré, et la quantité de sulfure donna la proportion d'oxyde contenue dans le mélange. Pour connaître les proportions des acides antimonieux et antimonique, nous avons séché le mélange de ces deux oxydes, exempts de protoxyde, à une température de cent degrés. Ce produit, ainsi desséché, a été introduit dans un tube de verre vert garni d'une feuille de cuivre, tel qu'on l'emploie pour l'analyse élémentaire des substances organiques. On avait adapté à celui-ci un second tube de chlorure de calcium sec, comme cela s'exécute dans ces analyses. Le tube renfermant le mélange des oxydes et celui contenant le chlorure de calcium étaient exactement pesés. On a chauffé avec précaution, et la chaleur a été maintenue au rouge sombre pendant une heure. L'oxygène se dégagea en même temps que l'eau dans le commencement de l'opération, mais sur la fin il ne se dégagea plus que de l'oxygène. La chaleur a été maintenue quelque temps après qu'il n'en passait plus aucune bulle. L'appareil étant refroidi, on a pesé les deux tubes : l'augmentation du poids de celui de chlorure de calcium donnait la quantité d'eau. La diminution du poids du tube contenant les oxydes indiquait à la fois la perte en eau et en oxygène. La quantité d'eau étant connue, il a été facile d'en déduire la quantité d'oxygène qui représente celle que l'acide antimonique a perdue en se convertissant en acide antimonieux. Ces données suffisent pour établir la vraie constitution du mélange.

Nous avons exécuté ce mode analytique sur plusieurs antimoines diaphorétiques obtenus dans des opérations différentes, où nous avions réuni le plus grand nombre de précautions pour avoir des produits identiques : égale proportion des composants, vases semblables, même chaleur soutenue, et malgré ces soins, nous avons obtenu des proportions variables de divers oxydes.

Voici le tableau indiquant, à un centième près, les quantités respectives d'oxyde, d'acide et d'eau, que nous avons trouvées être contenues dans quatre poids égaux d'antimoine diaphrorétique, préparé d'après le codex de 1818 :

Oxyde d'antimoine. . . .	2,51	1,79	3,22	9,85
Acide antimonieux. . . .	8,31	9,36	7,39	13,21
Acide antimonique. . . .	79,14	79,60	78,44	66,67
Eau.	10,24	9,25	10,95	10,27

Ainsi il est resté prouvé par nous qu'en suivant le procédé du codex français de l'année 1818 pour préparer l'antimoine diaphorétique, il est presque impossible d'obtenir un produit constamment identique : c'est toujours un mélange, en proportions variables, d'hypo-antimonite, d'antimonite et de bi-antimoniate de potasse et d'eau. Quelques degrés de chaleur peuvent influer sur les proportions relatives de ces trois composés, que nous y avons constamment trouvés. Cependant nous devons dire qu'en maintenant la chaleur au rouge pendant une heure et demie, nous avons constaté que l'hypo-antimonite avait disparu complétement.

Examinons le produit obtenu en suivant exactement les données du nouveau codex.

M. Guibourt, professeur à l'école de pharmacie de Paris, s'est déjà livré à ces recherches; les résultats auxquels nous sommes parvenu se rapprochent beaucoup de ceux publiés par cet habile observateur; mais ils en diffèrent à certains égards : ainsi, selon M. Guibourt, l'antimoine diaphorétique, préparé selon le nouveau codex, est composé de :

			Résultat obtenu.	Résultat calculé.
Acide antimonique..	2	atomes,	76,73	76,964
Potasse.	1	atome,	10,97	10,744
Eau.	6	atomes,	12,30	12,292

M. Guibourt n'admet pas que l'antimoine diaphorétique du codex puisse être un mélange variable de différents degrés d'oxydation de ce métal. Les expériences suivantes tendent à faire adopter une conclusion contraire.

Nous avons traité par de l'acide acétique fort de l'antimoine diaphorétique du codex préparé en suivant exactement les prescriptions de ce formulaire. Cet acide dissout une petite quantité de protoxyde d'antimoine, que l'on peut reconnaître aisément, après l'avoir séparé, au moyen de la réaction des sulfures alcalins, suivant l'observation faite par M. Berzélius (1). Le produit privé, par des macérations successives avec l'acide acétique, de potasse et de protoxyde d'antimoine, fut desséché. Nous avons pris 4,50 grammes. Nous les avons placés dans un tube de verre vert auquel était adapté un second tube, renfermant du chlorure de calcium également pesé. Le tube de verre vert a été maintenu pendant une heure à une chaleur rouge sombre; il a perdu un poids de 0,408 grammes. Le tube au chlorure de calcium a augmenté de 0,228.

Si nous avions eu à faire à de l'acide antimonique pur, la quantité

(1) An. Ch. et Phy., t. XX, p. 257.

d'eau se rapprochait beaucoup de la perte donnée par l'expérience; mais la perte en oxygène aurait dû être de 0,220; elle n'a été que de 0,180. Cette différence provient nécessairement de ce qu'une partie du produit supposé à l'état d'acide antimonique était réellement à l'état d'acide antimonieux.

Les faits exposés ci-dessus démontrent que l'antimoine diaphorétique lavé, obtenu avec deux parties de nitre, est un mélange des divers degrés de l'oxydation de l'antimoine combinés avec de l'eau et de lapotasse.

Pour arriver à avoir de l'antimoine diaphorétique entièrement formé d'antimoniate de potasse, il faut prendre de l'antimoine métallique, purifié avec soin par le procédé de M. Liébig, une partie; nitrate de potasse, trois parties, comme le prescrit le dispensaire de Brunswick; on réduit les matières en poudre, on les mélange exactement, et on les projette par portions dans un creuset préalablement chauffé au rouge. La matière est maintenue au rouge pendant une heure et demie; on verse sur le produit refroidi quatre parties d'eau; on décante, et on met de côté le liquide. On fait bouillir le résidu trois fois avec la même quantité d'eau; les liquides sont réunis et le lavage est achevé à l'eau bouillante, qui n'entraîne plus que des traces insignifiantes d'antimoniate. Le produit ainsi lavé est du bi-antimoniate impur, mais exempt cependant d'hypo-antimonite. Si dans les eaux de lavage on fait passer un courant continu de gaz acide carbonique, on obtient un précipité très-abondant qui n'est autre que du bi-antimoniate pur. Comme l'acide carbonique ne peut s'emparer que d'une partie de potasse, le précipité est nécessairement formé de bi-antimoniate.

M. Berzélius fait remarquer que dans la préparation de l'antimoine diaphorétique, si on prolonge la calcination, on transformera l'hypo-antimonite et l'antimonite de potasse en antimoniate neutre soluble: donc les eaux de lavage que l'on obtient alors doivent fournir la plus grande quantité possible du précipité: ce qui se réduit à dire que si l'on veut employer le produit dont nous avons parlé, il faut prolonger la calcination autant que possible (pendant une heure et demie à peu près), rejeter le produit insoluble après qu'il aura été bien lavé, et ne conserver que le précipité fourni par les eaux de lavage, au moyen de l'acide carbonique. Des expériences réitérées que nous avons faites à ce sujet nous ont prouvé que par ce moyen on obtenait plus des trois quarts du mélange employé.

Si maintenant on considère qu'autrefois les eaux de lavage étaient rejetées comme inutiles, on pourra conclure que notre procédé, indépendamment de la bonté du produit, en fournit encore une assez grande quantité.

Le bi-antimoniate de potasse ainsi obtenu est d'une blancheur parfaite. Nous l'avons analysé en le chauffant au rouge dans un creuset de platine, puis en en calcinant une autre partie dans un tube et recevant la vapeur d'eau dans un tube plein de chlorure de calcium. Nous avons trouvé à ce composé la composition qui lui a été assignée par M Guibourt.

Nous avons essayé de remplacer l'acide carbonique par de l'acétique très-étendu, employé en très-petit excès; le précipité dans ce cas a été de l'acide antimonique ne contenant que quelques traces d'antimoniate de potasse.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DE L'OPIUM A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DU DÉLIRE TREMBLANT.

Un remède très-efficace, je dirais presque spécifique, contre le délire tremblant, c'est l'opium; mais le point important dans cette circonstance comme dans toute autre, c'est de l'employer méthodiquement. En effet, j'ai observé souvent que le delirium tremens avait résisté opiniâtrément à l'opium, administré d'abord suivant la méthode ordinaire, et qu'il cédait promptement à l'usage du même remède, quand je l'employais suivant la méthode suivante. L'expérience m'a appris que le meilleur mode d'administration de l'opium dans cette affection nerveuse consiste à le faire prendre à haute dose progressivement. Je fais ordinairement commencer par donner quatre gouttes du laudanum liquide de Sydenham; j'en fais prendre ensuite deux heures plus tard huit gouttes, les deux heures suivantes seize gouttes, deux heures après trente-deux gouttes; si le sommeil critique ne survient pas encore, j'en fais prendre quarante gouttes de deux heures en deux heures, jusqu'à ce que le sommeil ait lieu; alors je réduis par degrés les quantités de ce remède, en éloignant en même temps les intervalles de son administration. Les deux observations suivantes, recueillies tout récemment, prouveront, je l'espère, la prompte efficacité de cet agent.

Obs. I. — Je fus appelé le 9 janvier chez le nommé Laurent Müller, âgé de cinquante-deux ans, menuisier. Cet homme, très-vigoureux, d'une constitution athlétique, avait été atteint la veille, sans cause connue, de frissons prolongés, de fortes douleurs au côté droit

avec chaleur intense. Lorsque j'ai vu le malade le 9 au matin, il m'offrit tous les signes d'une hépatite aiguë très-violente; je combattis cette maladie par les saignées générales et locales réitérées, jusqu'à ce que j'eusse obtenu un notable amendement. A cette époque, je le soumis à l'usage des frictions mercurielles employées avec la pommade, et d'après les principes qui suivent. La pommade était composée avec :

Extrait de ciguë. . . . . . . 1 gros.
Onguent mercuriel double. . . . . 1 once.

Mêlez pour faire des frictions à la partie douloureuse toutes les deux heures. — Je n'ordonnai aucun autre médicament. Le 11 janvier je trouvai le malade presque tout à fait bien; mais il n'avait pas dormi encore depuis le début de sa maladie; le pouls ne cessait d'être accéléré. Je fis appliquer, par précaution, quinze ventouses à la région hépatique, et continuer les frictions mercurielles, de quatre heures en quatre heures. Le soir du même jour la fille accourut chez moi, et m'annonça que le malade était comme fou depuis quelques heures, qu'il battait la campagne, ne voulait pas rester au lit, et témoignait la plus grande agitation. Ayant cru reconnaître les symptômes principaux du delirium tremens, auquel l'habitude des boissons alcooliques et une disposition originelle préparaient le sujet, je prescrivis la poudre suivante :

Opium pur, mercure doux. . . . 4 grains de chaque.
Poudre de réglisse. . . . . . 10 grains.

Mêlez; à prendre en une fois. J'ordonnai en même temps de discontinuer les frictions mercurielles. Le 12 janvier, à huit heures, j'ai vu le malade. Les personnes qui l'entouraient m'annoncèrent qu'elles avaient eu beaucoup de peine avec le malade, et que la poudre prescrite paraissait avoir exaspéré son état; cependant le malade avait dormi pendant une heure, mais à son réveil il avait donné les mêmes signes de divagation; je fus témoin de ces symptômes. En même temps je constatai que le pouls était fortement accéléré, la peau baignée de sueurs, la région du foie complétement sans douleur, et que le malade se rappelait très-bien le traitement auquel je l'avais soumis. Je prescrivis une demi-once de laudanum liquide de Sydenham, dont je fis prendre d'abord quatre gouttes; deux heures après, huit gouttes; deux heures plus tard, seize gouttes, les deux heures suivantes, trente-deux gouttes; le sommeil n'arrivant pas, j'en ordonnai quarante gouttes de deux en deux heures. Le 13 janvier le malade avait recouvré complétement la raison; ce ne fut qu'après la quatrième prise de quarante gouttes, c'est-à-dire après l'usage de cinq gros de laudanum en tout, qu'il s'endormit d'un sommeil tranquille, qui alterna avec une diarrhée

critique. Après cet effet, le malade ne se plaint plus que d'une soif excessive et d'une diarrhée abondante avec ténesme. Le pouls, qui était auparavant très-accéléré, était maintenant très-lent. Je fis continuer le laudanum à la dose de trente gouttes toutes les quatre heures; j'ordonnai des lavements émollients, et, comme l'appétit se manifestait, je fis donner du potage à l'orge plusieurs fois dans la journée, et une demi-chopine de vin avec de l'eau. Le 15 le malade était entièrement guéri; il avait consommé en tout une once de laudanum sans éprouver la moindre nuance de narcotisme. Ce cas me paraît bien intéressant sous plusieurs rapports.

1° La cause du développement du délire tremblant était ici l'abstinence subite des boissons alcooliques, auxquelles le malade était adonné; cette observation confirme ce que Stokes, Neumann et d'autres ont dit, que le délire tremblant ne reconnaît pas pour cause, chez les ivrognes, l'abus des spiritueux, mais bien l'abstinence de la boisson.

2° Les symptômes du délire tremblant offrent cette contradiction remarquable, que le malade a la conscience de son délire, tout en continuant à croire à l'existence des objets que son imagination reproduit.

3° Cette observation montre en outre quelles doses énormes d'opium les sujets atteints de cette sorte de délire consomment et doivent consommer pour arriver à la guérison.

4° Le changement de l'état du pouls est ici un phénomène très-remarquable; très-accéléré avant l'administration de l'opium, il est devenu très-lent sous l'influence de ce remède, tandis que, dans d'autres maladies, l'opium opère fréquemment sur le pouls une action toute contraire.

5° La diarrhée abondante avec ténesme, qui survient pendant l'emploi de l'opium, me paraît être la suite de l'emploi des frictions mercurielles, puisque j'observai le même phénomène, en même temps chez le fils du malade précédent, que je traitais pour une laryngite intense par des frictions mercurielles à la région du cou.

Obs. II. — Bientôt après la première observation, j'ai eu occasion de suivre un second cas de délire tremblant, qui n'est pas moins intéressant.

Le 21 janvier au soir, on vint me chercher chez le nommé Braun, aubergiste, qui, disait-on, était devenu fou depuis plusieurs jours. Le lendemain je trouvai cet homme, d'une constitution vigoureuse, se promenant à pas précipités dans sa chambre, et avec les signes d'une grande anxiété. Lorsqu'il m'aperçut il me tendit la main, et me dit, d'une voix enrouée, qu'il avait, la nuit passée, beaucoup rêvé en dor-

mant ; cependant les assistants me dirent que non-seulement il n'avait pas dormi la nuit passée, mais même les trois nuits précédentes ; qu'il avait fait beaucoup de bruit dans la maison, jusqu'à réveiller tout le voisinage, et que ce délire, qui d'abord ne se montrait que la nuit, était devenu bientôt continuel. Il avait de temps à autre des intervalles lucides, mais d'une courte durée. Le pouls était fortement accéléré, la peau chaude, les yeux brillants, la figure plutôt pâle qu'animée; sur ma demande s'il souffrait quelque part, il me répondit qu'il n'avait de mal nulle part. On m'annonça qu'on avait fait faire une saignée dès le début, sans qu'elle apportât aucune amélioration, et que le malade avait, la veille, saigné du nez. Quant aux causes, les parents du malade attribuèrent cet accès de folie, comme ils l'appelaient, à des chagrins domestiques; j'appris également que le malade était un fort buveur, et que depuis quelque temps, il voulait, sur la demande de ses parents, se défaire de cette mauvaise habitude. Je prescrivis une demi-once de laudanum liquide, que je fis prendre suivant la même méthode que dans le cas précédent. Le 23 je revis le malade dans la matinée; il avait complétement recouvré la raison. On m'annonça que, arrivé à trente-deux gouttes, et le malade ne s'endormant pas, on lui en avait donné quarante gouttes de deux heures en deux heures; qu'après la troisième dose le sommeil était survenu, et qu'il avait duré cinq heures de suite. Le malade ne se plaint plus de rien que de la toux qu'il ressentait déjà depuis plusieurs semaines auparavant, et qui, de sèche qu'elle était avant sa maladie, était devenue grasse, sous l'influence de l'opium. L'enrouement avait presque disparu. Le malade se rappelle tout ce qu'il croyait avoir vu, et ce qu'il avait dit pendant son délire. Le pouls est lent. Je fis continuer les gouttes à la dose de trente gouttes toutes les trois heures, et je lui fis donner du vin. Il a pris en tout sept gros de laudanum dans l'espace de trois jours. Cette observation offre de même plusieurs circonstances intéressantes.

1° La cause du délire tremblant fut ici, comme dans le cas précédent, l'abstinence des boissons alcooliques, auxquelles le malade était adonné.

2° Les mêmes doses énormes d'opium furent bien supportées, et nécessaires aussi pour opérer la guérison : aucune trace de narcotisme ne survint après son usage.

3° Ici, comme dans l'autre cas, le pouls accéléré s'est ralenti sous l'influence de l'opium.

L.-Alfr. Szerlecki, D.-M.,
à Mulhouse (Haut-Rhin).

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE RECTOCÈLE VAGINAL.

J'avais depuis quelques jours sous les yeux une affection qui, dans mon opinion, ne devait pas être autre chose qu'un renversement du vagin, lorsque m'est parvenu le numéro du 30 janvier 1839 du *Bulletin général de thérapeutique*, où se trouve très-bien décrite la maladie à laquelle M. Malgaigne a dernièrement donné le nom de *rectocèle vaginal*. Je n'étais pas à la fin de cette lecture que déjà j'avais reconnu que l'espèce de prolapsus dont je dirigeais le traitement n'était qu'une hernie de la partie antérieure du rectum à travers la vulve. En effet, il m'a suffi de lire attentivement le mémoire de M. Malgaigne pour me convaincre de ma première erreur de diagnostic; tous les signes indiqués par notre confrère, même celui qu'il appelle *pathognomonique*, rien ne manque à la nouvelle observations que je puis présenter comme faisant suite aux faits analogues publiés par M. Malgaigne.

Il m'a bien été permis de n'avoir pas rapporté au rectocèle vaginal une affection que jusqu'alors on attribuait à la chute du vagin, surtout en présence du silence absolu des auteurs sur ce singulier déplacement du rectum; mais maintenant il n'est plus possible de faire erreur : l'histoire des divers prolapsus des organes génitaux de la femme a été heureusement revue, corrigée et augmentée par M. Malgaigne, qui, par les judicieuses investigations qu'il a su porter sur plusieurs points obscurs de chirurgie, s'est acquis une place honorable parmi les chirurgiens modernes.

Sans de plus longues réflexions, j'extrais de ma pratique l'observation suivante, qui, si elle ne jette pas un nouveau jour sur une question déjà si bien éclaircie, sera du moins une preuve de plus en faveur du rectocèle vaginal et aura aussi le mérite de l'actualité.

Marie Aubert, femme Marnais, aujourd'hui âgée de quarante-six ans et demi, a eu cinq enfants; elle accoucha de son dernier, qui fut une fille, le 4 septembre 1829; huit jours après environ, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur qui descendait dans le vagin et faisait saillie hors de la vulve : c'était une chute de matrice, pour laquelle elle ne demanda aucun conseil, et qu'elle se borna à retenir à l'aide du simple bandage dont les femmes font usage à l'époque des menstrues. Suivant les expressions de la malade, cette tumeur tantôt remontait, tantôt redescendait, et elle n'y faisait pas d'autre attention. Cet état de choses dura pendant cinq années; mais en juin 1835 cette pauvre femme fut prise de douleurs très-vives à l'hypogastre, à l'occasion desquelles elle me parla de son infirmité; je m'assurai alors de l'existence

d'une chute de l'utérus, et j'appliquai un pessaire, qui maintint en place cet organe; les douleurs de l'hypogastre cessèrent et furent remplacées par une coxalgie du côté droit et des palpitations du cœur, qui firent garder le lit pendant trois mois, après quoi le mieux survenu dans sa position me fit perdre cette malade de vue. Cependant, au mois de décembre 1837, la coxalgie reparut et la cuisse fut le siége d'un gonflement considérable, à la suite duquel survint, à la partie antérieure et supérieure, un abcès qui s'ouvrit spontanément et donna issue à une grande quantité d'un pus clair et lactescent; dès lors la malade fut soulagée et put reprendre ses occupations; mais l'ouverture resta fistuleuse, et il continua de s'en échapper chaque jour un peu de pus, jusqu'au 15 janvier dernier. A cette époque, je fus appelé, et elle me raconta qu'ayant perdu son pessaire, elle avait éprouvé, au commencement d'octobre 1838, des douleurs abdominales, du malaise, de l'anorexie, de la dysurie, et qu'enfin elle avait ressenti au-devant de la vulve une tumeur dont elle avait pu surveiller l'accroissement progressif. Longtemps elle avait cru au retour de sa chute de matrice, et tant qu'elle ne s'était pas trouvée trop incommodée elle n'avait pas cherché plus d'éclaircissements; mais quand les douleurs abdominales furent devenues intolérables et qu'à la dysurie eut succédé la rétention d'urine, elle pensa à demander du soulagement. Sa maladie m'apparut sous la forme d'une tumeur arrondie, située entre les grandes lèvres et offrant à sa surface quelques rares plis de la membrane muqueuse vaginale; son volume était celui d'un œuf de poule et elle obstruait entièrement l'entrée du vagin; le doigt indicateur, qui ne pouvait trouver place qu'en la déprimant, la circonscrivait bien dans tous les sens, excepté à sa partie inférieure, où elle adhérait à la commissure postérieure des grandes lèvres. Je diagnostiquai tout d'abord un renversement du vagin, et, justifiant la rétention d'urine par la compression ou le changement de direction que pouvait éprouver le canal de l'urètre, j'employai le cathétérisme, qui dut être renouvelé plusieurs fois dans les vingt-quatre heures; en même temps je prescrivis des bains de siége et des boissons délayantes; mais depuis que M. Malgaigne a introduit dans le vocabulaire chirurgical le nom de *rectocèle vaginal*, qui paraît parfaitement approprié à ce genre d'affection, j'ai dû débaptiser, sinon ma malade, du moins sa maladie, et je n'ai pas hésité à le faire. En effet, cette tumeur, durant les efforts, sortait et gonflait davantage, et elle diminuait après l'effort passé, absolument comme une hernie; si je portais le doigt indicateur dans le rectum, et si, le recourbant en crochet, je le dirigeais en avant, je constatais très-clairement que la paroi antérieure du rectum plongeait au fond de cette tumeur, don telle

tapissait la cavité, et qu'un second doigt placé sur la face antérieure de la tumeur n'était séparé du premier que par l'épaisseur des deux membranes vaginale et rectale adossées.

Avant d'avoir réformé mon premier diagnostic, je n'avais pas négligé l'introduction du doigt dans le rectum, et j'avais bien reconnu que sa paroi antérieure, loin d'être en place, n'était pas éloignée de la tumeur vaginale; mais comme la partie postérieure du vagin est assez intimement unie à la face antérieure du rectum, je trouvais tout naturel que, dans ce boursouflement ou renversement du vagin, la paroi antérieure du rectum *eût suivi* en formant une espèce d'infundibulum. Cependant, au lieu de trouver un bourrelet irrégulièrement plissé dans lequel on eût pu introduire le doigt; qui, à une hauteur plus ou moins grande, aurait rencontré le col de la matrice, comme cela fût arrivé pour une chute circulaire du vagin, cette tumeur s'est présentée sous la forme d'une demi-sphère en avant et d'un cul-de-sac en arrière vers le rectum; en d'autres termes, elle offrait l'aspect de la moitié d'une coque d'œuf dont la convexité eût regardé le vagin et la concavité le rectum; ou bien encore d'un doigt de gant dont l'extérieur eût été formé par la paroi postérieure du vagin, et l'intérieur tapissé par la paroi antérieure du rectum; il n'est donc pas possible de confondre le rectocèle vaginal avec un autre prolapsus que celui de la paroi postérieure du vagin, et encore les signes différentiels sont-ils très-tranchés.

Quoi qu'il en soit, chez la malade qui fait le sujet de cette observation, lorsque je fus appelé, à un sentiment de faiblesse et de pesanteur s'était jointes des douleurs dans les reins et les intestins, qu'elle comparait à celles qu'éprouvent les femmes en mal d'enfant; elle avait une constipation très-opiniâtre accompagnée d'un ténesme très-douloureux, et qui datait des premiers jours d'octobre 1838; car avant l'apparition de sa tumeur vaginale, elle allait librement à la selle. Elle aurait bien pris des lavements pour se soulager, mais elle ne pouvait les retenir, et plus d'une fois elle a été obligée de faire faire à ses doigts l'office de petites tenettes pour extraire des matières fécales blanchâtres, arrondies et si dures qu'en passant elles écorchaient l'anus et le faisaient saigner. Pour combattre ce qu'avait de pénible une telle constipation, j'ai fait prendre de temps à autre quelques cuillerées d'huile de ricin, dont l'administration a été suivie d'un peu de soulagement.

D'autres symptômes étaient en même temps observés; ainsi la malade éprouvait fréquemment des étouffements, elle n'avait plus d'appétit, les digestions étaient difficiles, et chaque jour elle voyait revenir des frissons qui marquaient des fièvres d'accès; elle éprouvait des coliques et

des tiraillements d'estomac, et à son extrême maigreur il était facile de voir qu'il s'était opéré une sensible altération dans la nutrition, lorsque le 4 février j'eus à noter d'importantes modifications; en effet, à dater de ce jour, la malade urine seule et sans difficulté; elle a des selles liquides, naturelles et s'opérant sans douleurs; elle n'a plus d'efforts, partant plus d'angoisse et d'agitation; mais cette amélioration a coïncidé avec la réouverture spontanée de l'ouverture fistuleuse de la cuisse, laquelle a donné passage à une certaine quantité de pus sanguinolent; elle a coïncidé aussi avec le retour des palpitations du cœur, qui fatiguent beaucoup la malade et lui occasionnent la nuit des réveils en sursaut; la fièvre continue à revenir tous les jours, et la tumeur vaginale n'a point éprouvé d'autres changements qu'un peu moins de volume et un peu moins de tension. La femme Marnais, qui a perdu ses règles depuis quatre ans, a eu quarante-six ans le 17 juillet dernier; n'est-ce pas encore une preuve de l'opinion de M. Malgaigne, que le rectocèle a lieu de préférence dans l'âge adulte des femmes? Chez celle-ci le rectocèle se complique de la chute de l'utérus, qui l'a précédé de près de dix ans.

Je ne pense pas que cette affection puisse disparaître spontanément ni qu'on puisse lui opposer avec succès autre chose qu'une cure palliative. Par une pression convenablement exercée sur la tumeur vers le rectum, je l'ai bien effacée; mais il faut la contenir, et les pessaires ordinaires m'ont paru insuffisants pour remplir cette indication; la description que M. Malgaigne donne de ceux qu'il a fait fabriquer en forme de sablier me donne à croire qu'ils sont préférables, et je regrette de ne pouvoir m'en procurer un pour la pauvre femme dont je viens de tracer l'histoire. P.-D. THIAUDIÈRE, D.-M.,

A Gençay (Vienne).

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA NÉCESSITÉ d'établir un service médical dans les campagnes, par J. Haxo, docteur en médecine, etc., etc.

Si l'on veut bien connaître les maux auxquels se trouve exposée la classe des indigens malades, il n'y a qu'à considérer ce qui se passe dans les campagnes en général. Là, peu ou point de secours, ou bien des secours éloignés, par conséquent rares, incertains et mal administrés; on dirait que le pauvre des campagnes est d'une espèce inférieure à celui des villes. Dans celles-ci du moins on trouve des hôpitaux,

des hospices, des salles d'asile, des dispensaires, des bureaux de bienfaisance, une foule d'établissements publics ou particuliers qui aident le pauvre dans ses souffrances, qui le reçoivent quand il est malade; dans les campagnes, rien de semblable, du moins dans la plupart des départements. A l'exception de la vaccine, ou des épidémies qui se manifestent ou peuvent se manifester éventuellement, où sont les secours que le malheureux puisse légalement réclamer? la charité de quelques bons curés, le zèle parfois assez mal dirigé de plusieurs dames riches, les soins désintéressés des officiers de santé ou des médecins du pays, voilà la seule ressource. Du reste, si la maladie est longue et grave, si elle nécessite une opération de quelque importance, il faut envoyer le malade au loin, dans quelque hôpital, encore fait-on souvent des difficultés pour le recevoir; dans ce cas même, il faut des appuis, des protecteurs, des amis, du savoir-faire; j'en pourrais citer plus d'un exemple; et puis vantez bien les progrès *humanitaires!*

C'est contre de pareils abus que s'élève M. Haxo dans la brochure dont il s'agit. Il y expose avec beaucop de force de logique la nécessité d'établir des médecins cantonnaux spécialement chargés de visiter les pauvres, et de leur administrer gratuitement les secours de notre art. Cette excellente institution existe déjà dans quelques départements, mais c'est le plus petit nombre; les autres restent à cet égard dans la plus profonde incurie. Un marais à dessécher, une vaine pâture à disputer, un chemin vicinal à finir ou à réparer, etc., voilà le conseil municipal, puis le conseil général de département en rumeur; on discute, on dispute, on écrit, on verbalise, les intérêts sont aux prises, le gouvernement intervient, etc., mais fonder une institution pour secourir les malheureux, empêcher ainsi très-souvent la naissance et la propagation d'épidémies, de maladies contagieuses dont le riche est parfois victime, c'est là un objet dont on s'occupe fort peu; on a bien autre chose à faire.

Qu'y a-t-il néanmoins de plus important, de plus facile, et, on peut le dire, de moins coûteux à établir que des médecins cantonnaux, en attendant qu'on ait fondé des hôpitaux cantonnaux. Je me souviens que, lors des vives et intéressantes discussions qui eurent lieu à l'Académie de médecine sur l'organisation de l'enseignement et de l'exercice de notre art, quand on arriva à l'article des *médecins cantonnaux*, la question fut à l'instant décidée, et à l'unanimité. Il n'y eut aucune opposition, parce que l'Académie conçut d'abord l'opportunité, la nécessité d'une pareille institution. Tout le monde espérait alors qu'en peu de temps ce projet, élaboré par une autre commission, serait soumis aux Chambres, mais il n'en va pas ainsi dans notre malheureux pays. Avant

qu'un projet de loi aît reçu la sanction législative, il s'écoule un immense intervalle, la loi à venir fût-elle des plus importantes, des plus urgentes.

Si l'on veut des détails précis sur l'institution dont nous parlons, il faut consulter la brochure de M. Haxo. Ce médecin, à l'instar de ce qui se fait dans quelques départements, examine la question des médecins cantonnaux sous les cinq rapports suivants : 1° du traitement des malades indigents; 2° de la vaccination dans tout le canton; 3° de l'hygiène publique; 4° de la police médicale; 5° de fournir les documents relatifs à leurs fonctions.

Nous ne suivrons pas M. Haxo dans ce qu'il dit sur les divers objets que nous venons d'énumérer. Nous dirons seulement que l'auteur appuie son opinion sur des faits et des raisonnements qui nous semblent péremptoires. Il prouve, par exemple, que les comités de vaccine actuels, établis dans les départements, n'atteignent pas et ne peuvent atteindre le but de leur institution; il démontre combien sont illusoires les mesures que l'on prend pour réprimer le charlatanisme dans les campagnes; enfin il fait voir que, relativement à la topographie médicale, c'est-à-dire l'étude des *eaux, des airs et des lieux*, elle ne peut être bien faite que quand on a mission de la faire. «D'ailleurs, dit-il, est-ce en courant et comme chose secondaire qu'on peut examiner assez attentivement l'état des lieux, la nature du sol, son exposition, les habitudes hygiéniques des habitants, etc., pour en faire l'objet d'un travail raisonné et d'une exactitude scrupuleuse? Et en fût-on capable, ce que j'admets pour tout médecin digne de ce nom, le pourra-t-on, le voudra-t-on toujours? »

Nous ne pousserons pas plus loin l'examen de ce petit ouvrage; il nous suffira de dire qu'il est plein de vues philanthropiques pour le bien des malades et l'honneur de la médecine. Notez qu'il ne s'agit point ici de ces projets chimériques dont les résultats avantageux sont toujours problématiques, mais d'une institution pratique, importante et surtout réalisable.

MANUEL des eaux minérales naturelles, par MM. Patissier et Boutron-Charlard, in-8°; deuxième édition, ornée d'une carte géographique des eaux minérales.

Les bons effets des eaux minérales sur une foule de maladies contre lesquelles échouent d'autres moyens sont tellement reconnus, qu'il est inutile maintenant de faire aucun effort pour les démontrer. C'est donc rendre un véritable service aux praticiens que de mettre entre leurs

mains un livre qui leur rapelle ou leur fasse connaître les propriétés médicinales qui distinguent telle ou telle source.

On sait qu'en général les eaux de Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault et de Balaruc, sont utiles dans les paralysies; que celles du Mont-d'Or, de Bonnes et de Cauterets, sont prises avec avantage dans les affections chroniques de poitrine; celles de Vichy pour quelques maladies chroniques du foie, la dissolution de certains calculs, et l'amélioration des affections goutteuses articulaires; on sait que l'on se rend à Saint-Nectaire et à Contrexeville pour la gravelle; à Saint-Sauveur; Néris, Ussat, Bains, Bagnères de Bigorre, pour les maladies nerveuses, à Bagnères de Luchon, Baréges, Molitg, pour les affections cutanées anciennes, etc. Mais, comme le font remarquer les auteurs du *Manuel,* ces eaux ne sont cependant point des panacées, et ne dispensent pas d'essayer ou d'employer en même temps divers moyens dont l'expérience a fait reconnaître l'utilité.

L'association d'un médecin distingué et d'un chimiste savant dans l'art de l'analyse rend ce nouveau manuel supérieur à quelques autres ouvrages du même genre, puisque les parties distinctes qui le composent ont subi le contrôle de deux hommes compétents en pathologie et en chimie.

Les auteurs du *Manuel* ont abordé, dans les *considérations générales* de leur ouvrage, des questions d'une solution difficile. Ils rapportent les différentes opinions sur la cause de la thermalité des eaux, et, se rattachant aux résultats donnés par le forage des puits artésiens qui démontrent que la chaleur du globe augmente d'un degré centigrade à mesure que l'on descend de trente à quarante mètres, ils pensent avec Fallope, Buffon, etc., que c'est au *feu central,* admis par les anciens physiciens, que l'on doit rapporter la température élevée des eaux chaudes. Selon eux encore, « le calorique des eaux minérales se trouve dans un état de combinaison tout particulier qui imprime certainement à nos organes une action spéciale, laquelle n'existe pas moins quoiqu'elle échappe aux explications des savants. Quels que soient leurs talents et la précision de leurs instruments, il y a dans les eaux comme dans l'air un *je ne sais quoi* qui se dérobe aux recherches des chimistes. On sait en effet que, d'après leurs travaux, l'air si malfaisant des marais et des hôpitaux ne diffère pas de l'air pur que nous respirons. » Malgré ces réflexions, fort judicieuses d'ailleurs, il nous semble difficile d'admettre des variétés dans la nature du calorique, quand surtout l'expérience démontre qu'une eau thermale se refroidit aussi vite qu'une eau de composition analogue chauffée au même degré. C'est bien plutôt à leurs

éléments chimiques que les eaux minérales doivent les propriétés thérapeutiques dont elles sont douées.

Dans leurs descriptions particulières, les auteurs ont conservé l'ancienne division d'eaux sulfureuses, acidulées, ferrugineuses et salines, qu'ils distinguent en thermales et froides. Cette division toute chimique a l'avantage de réunir dans certains groupes des modificateurs qui, sous le rapport de la composition, jouissent, dans les trois premières sections surtout, de propriétés analogues, et ne présentent, en thérapeutique, de différences chimiques tranchées que dans la quatrième classe. Dans chacun des articles particuliers on trouve la description suffisamment détaillée des lieux, l'indication des diverses sources, l'analyse des eaux qu'elles donnent et les cas dans lesquels on peut les employer. Ces différents détails sont souvent pris dans des ouvrages ou des mémoires d'hommes spéciaux dont les auteurs ont pu consulter les travaux avec avantage.

Composé avec conscience, écrit avec clarté et précision, l'ouvrage de MM. Patissier et Boutron-Charlard sera utilement consulté par tous les praticiens. MARTIN SOLON.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Traitement chirurgical de l'ongle incarné. — C'est là une maladie fort commune, dont les graves inconvénients ont, de tout temps, fixé l'attention des chirurgiens, ainsi que le prouve le grand nombre de moyens curatifs qui ont été proposés :

Sans parler du rétrécissement, du redressement et de l'arrachement de l'ongle, tour à tour conseillés par Dionis, Desault et Fabrice d'Aquapadente, nous insisterons sur la méthode qui consiste à enlever les chairs qui recouvrent l'ongle.

Albucasis les détruisait par les caustiques. Ce moyen douloureux, dont il est difficile de borner l'action, expose à nécroser la phalange ; il a dû être abandonné.

A. Paré se servait de l'instrument tranchant ; il ne décrit pas l'opération.

M. Lisfranc a heureusement comblé cette lacune.

Il plonge à plat un bistouri droit entre l'ongle et les chairs, de manière à comprendre tout ce qui déborde son niveau. Il taille alors un lambeau, en inclinant un peu le bistouri, pour enlever les tissus plus près de l'axe de la phalange vers la face dorsale que vers la face plan-

taire; on obtient ainsi une surface taillée en biseau, sur laquelle les orteils voisins, en s'appuyant, exercent, à la partie la plus déclive, une pression très-propre à refouler en bas les parties molles. Pour que l'opération ne soit pas suivie de récidive, l'auteur du procédé insiste sur deux points importants : 1° il faut que l'incision pratiquée pour l'ablation des chairs s'étende jusqu'à deux lignes au-delà du point où celles-ci cessent de recouvrir l'ongle; 2° comme la plaie porte sur un tissu cellulaire très-abondant qui forme le coussinet graisseux dont les orteils sont pour ainsi dire matelassés, il est urgent de réprimer très-énergiquement les bourgeons charnus qni végètent avec une telle exubérance que, dès le lendemain de l'opération, ils ont quelquefois envahi l'ongle de nouveau : la cautérisation avec le nitrate d'argent, répétée chaque jour, suffit pour empêcher leur développement, et obtenir une cicatrice plate, adhérente, que l'ongle vient recouvrir.

Nous avons vu un jeune homme opéré depuis un an sur les deux gros orteils de chaque pied : c'est aujourd'hui un marcheur infatigable.

Deux autres individus out été soumis au même traitement; il n'y a pas eu de récidive.

En ce moment on peut juger de ses heureux effets sur une femme qui se trouve à la Pitié, où elle a subi une double opération pour l'ongle du gros orteil incarné en dedans et en dehors.

Renversement complet de l'utérus. — *Diagnostic fort remarquable.* — Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, accouchée depuis dix-huit mois, ayant eu depuis deux pertes. Entrée à la Pitié, un léger suintement sanguin a lieu par le vagin; huit jours suffirent pour l'arrêter par les moyens ordinaires : sans être trop amaigrie, la malade est pâle et digère mal; elle a souvent la diarrhée. Examinée par plusieurs chirurgiens, les uns admirent l'existence d'un polype, les autres d'un renversement de matrice.

Il existe seulement à la partie supérieure et postérieure du vagin une saillie en forme de demi-manchette, qui peut faire croire à une tumeur implantée en partie dans l'orifice inférieur de l'utérus, et en partie sur la lèvre antérieure de cet organe. Cette tumeur est d'ailleurs beaucoup plus petite que la matrice à l'état normal.

Dans cette alternative, M. Lisfranc se livra à une manœuvre d'exploration devant laquelle tous les doutes doivent tomber. Il introduisit dans le vagin les doigts indicateur et médius d'une main, les fléchit légèrement, saisit la tumeur entre ces doigts. Il ne put l'abaisser que de quelques lignes. Il porta l'index de l'autre main dans le rectum,

parviut de la sorte jusqu'au-dessus du corps qu'il abaissait; et, au lieu d'y trouver la matrice, il put soulever la paroi antérieure de l'intestin, et contourner la partie supérieure du prétendu polype dans toute son étendue. Il n'hésita pas alors à diagnostiquer un renversement de l'utérus.

La malade n'avait pas éprouvé de pertes depuis six semaines, mais les digestions étaient mauvaises; le dévoiement récidivait fréquemment. Elle sueeomba.

L'autopsie n'a pas permis de déeouvrir d'autres lésions organiques qu'un renversement complet de la matrice. Le bourrelet, en forme de demi-manchette, dont nous avons parlé, était formé en partie par la lèvre postérieure du col et par le vagin.

Phlegmon.—Trajet purulent.—Incisions multiples.—Multiplier les ineisions après l'ouverture d'un phlegmon lorsqu'il y a séjour du pus est une indication généralement comprise, et dont nous n'avons pas à nous occuper ; mais ee qui est moins eonnu, c'est l'heureuse application de eette méthode ehirurgieale aux trajets purulents, sans qu'il y ait arrêt à l'intérieur de la matière sécretée, toutes les fois qu'après l'ouverture d'un abeès la guérison se fait trop longtemps atteudre : ee mode de traitement a pour effet de hâter la cicatrisation que le pus en parcourant toute l'étendue du foyer pour en gagner le lieu le plus déclive et s'écouler au dehors retardait indéfiniment, soit en déterminant par son contaet une trop vive inflammatiou des parois du kyste pyogénique, soit en détruisant les adhérenees qui tendraient à s'y établir.

Cet enseignement pratique est fondé sur l'observation de faits qui se renouvellent journellement. — Ainsi qui n'a pas été à même de voir souvent la peau saine auparavant, rougir et s'enflammer par le contaet du pus à la suite d'une ouverture d'abeès? N'est-il pas admis d'ailleurs en saine pathologie que toute matière de sécrétiou devenue très-abondante peut acquérir des propriétés irritantes? ainsi dans l'épiphora, les larmes enflamment et exeorient la peau des joues par leur éeoulement continuel; dans la diarrhée , les féces irritent souvent l'orifiee inférieur du canal intestinal. Enfin l'expérienee a depuis longtemps sanetionné l'usage de ces incisions multipliées pour les cas dont il s'agit, et dans ce momeut même il y a, salle St-Louis, à la Pitié, un malade affecté de phlegmon dont la guérison promptement obtenue, grâce à l'emploi de cette méthode, dépose hautement en sa faveur.

Cas de myélite traité avantageusement par l'application de cautères dans la région dorsale. — L'histoire des maladies de la moelle ne remonte pas au-delà de quelques années, et malgré les efforts des observateurs modernes, elle peut à beaucoup d'égards être considérée comme très-imparfaite. Comment, en effet, reconnaître souvent si ce sont les membranes d'enveloppe ou la moelle elle-même qui sont malades; comment, dans ce dernier cas, déterminer si la lésion intéresse la substance médullaire ou la substance corticale? même incertitude s'il s'agit de préciser la nature de l'altération, c'est-à-dire de savoir si l'on a affaire à une inflammation chronique, à une induration ou à un ramollissement. Malheureusement, cette obscurité dans le diagnostic exerce son influence sur la thérapeutique, qui cesse alors d'être rationnelle. D'où il résulte que dans toutes les lésions désignées par le nom souvent impropre de myélite, on tâtonne longtemps avant de trouver la véritable indication, si toutefois on y arrive.

L'observation qui va suivre, recueillie dans le service de M. le professeur Fouquier, est un exemple remarquable de l'avantage qu'on peut retirer de l'emploi des cautères dans la myélite, lorsque les chances de guérison semblent avoir été épuisées par les antiphlogistiques.

Une femme âgée de trente et un ans, d'une constitution sanguine, réglée de bonne heure, mais toujours irrégulièrement, éprouva, il y a cinq ans, des engourdissements et des fourmillements dans la cuisse gauche. Des douleurs rendues plus sensibles par la pression parurent en même temps le long de la colonne vertébrale. Deux ans après le début de ces symptômes, il survint de la difficulté pour l'excrétion des urines et des matières fécales. Malgré ces différentes altérations fonctionnelles, la malade put vaquer à ses occupations; elle se contenta de faire, sur la région lombaire, des applications de sangsues qui n'amenèrent pas même du soulagement. Les symptômes variaient dans leur intensité, suivant les alternations de fatigue ou de repos. Le 25 janvier 1839, la malade fit, en descendant l'escalier, une chute sur le bassin qui occasionna une douleur si vive qu'elle fut obligée de se coucher. A son arrivée à la Charité, qui eut lieu le 11 février, la région sacrée était douloureuse et présentait une large ecchymose; l'engourdissement de la cuisse gauche n'avait subi aucune modification; mais la douleur rachidienne avait augmenté, et la difficulté d'uriner s'était changée en rétention complète. (Saignée du pied huit onces, six ventouses scarifiées *loco dolenti,* pédiluves synapisés.) Le 12, la douleur de la région sacrée avait un peu diminué; pendant les deux jours suivants on fut encore obligé de pratiquer le cathétérisme. Quant aux autres phénomènes de l'affection spinale, ils étaient restés stationnaires. Le 15, il sortit

un peu d'urine sans le secours de la sonde, mais avec beaucoup de difficulté. On fit une seconde application de ventouses qui ne produisit pas d'amélioration. Le 19, M. Fouquier fit faire de chaque côté de la région dorsale, à peu près vers sa terminaison, deux larges cautères, de manière à ce que le diamètre de chacun pût contenir cinq à six pois. Le 22, l'effet de la cautérisation commença à se faire sentir; les engourdissements de la cuisse avaient disparu, les fourmillements seuls existaient; les urines étaient plus abondantes, leur passage moins douloureux. Le 23, la douleur vertébrale avait cessé, la dysurie était moindre et les fourmillements du membre abdominal ne paraissaient plus que par intervalle. Ce ne fut qu'au 25 qu'ils disparurent entièrement; à la même époque, l'excrétion des urines se faisait d'une manière normale. La malade quitta l'hôpital peu de jours après; on lui conseilla d'entretenir les cautères pour éviter toute chance de récidive.

On ne saurait s'empêcher de reconnaître ici l'heureuse influence de la médication révulsive. La phlegmasie, si elle existait, et on pourrait le mettre en question, avait une marche trop lente, un caractère de chronicité trop marqué, pour qu'on pût songer à l'emploi des évacuations sanguines générales et même locales. C'est dans ces cas qu'une forte révulsion appliquée sur la peau, appelant à l'extérieur et l'irritation nerveuse et la congestion sanguine, produit des effets souvent inespérés. Et pour le dire en passant, M. Fouquier, dans le fait dont il s'agit, était loin d'espérer un si heureux changement. Ce n'est pas du reste un moyen nouveau, on le sait; mais c'est un fait de plus à enregistrer pour démontrer son efficacité. Toutefois, aux bons effets des cautères il faut ajouter l'action des bains tièdes, dont Reydelet dit avoir tiré un excellent parti, celle des douches de vapeurs aromatiques, regardées comme souveraines par les auteurs qui ont écrit sur cette matière.

VARIÉTÉS.

Académie de médecine.—La question de la contagion de la morve prend de plus en plus de l'intérêt. M. le professeur Andral a lu dernièrement à l'Académie une observation très-curieuse, où cette contagion se présente avec une si grande masse de probabilités, qu'il y a presque évidence. Ces faits et les faits bien observés se multiplient sur cet objet; mais attendons encore avant de prononcer. On a vu la morve se manifester si souvent sans se communiquer aux personnes qui soignaient les chevaux atteints de cette maladie, qu'il est prudent de ne pas tirer de conclusions trop hâtives. D'ailleurs deux questions se pré-

sentent ici : la première de savoir si cette contagion a lieu, la seconde, dans quelles circonstances elle peut avoir lieu, soit sous le rapport du cheval morveux, soit sous le rapport de l'homme auquel se communique la maladie.

En général, rien de plus difficile que de couler à fond une question en médecine. Nous en avons une preuve palpable dans la discussion qui s'est élevée dans la séance du 19 février, à l'occasion d'un rapport de M. Cullerier, sur l'emploi de la sabine contre la syphilis. La gonorrhée est-elle virulente ou non? A quels signes précis, positifs, peut-on reconnaître sa virulence ou sa bénignité ? Cette maladie dépend-elle toujours et absolument de l'inflammation de la muqueuse urétrale, ou bien y a-t-il quelquefois des ulcères dans le canal? par quel moyen reconnaître ces derniers? Voilà des questions bien vieilles, bien usées, bien rebattues; eh bien ! aucune n'est *positivement* résolue; la discussion élevée dans le sein de l'Académie l'a prouvé, sans que cette discussion elle-même ait beaucoup éclairé ce sujet important. Il faut donc encore des faits, mais que ces faits aient les deux caractères suivants, le nombre et l'authenticité; des inductions surgiront ensuite tout naturellement. Ceci nous prouve, pour le dire en passant, que les progrès de l'art ne sont ni aussi rapides, ni aussi réels qu'on le dit.

— Dans la séance du 5 mars, l'Académie royale de Médecine, par l'organe de M. Desporte, a interpellé M. Pelletier, l'un de ses membres, sur un nouveau dentifrice nommé *odontine*, et qui est annoncé comme une préparation de l'illustre auteur de la découverte du sulfate de quinine. M. Pelletier a reconnu sans ambiguité que l'odontine qui portait son nom avait été réellement composée par lui, et que son but, en s'occupant d'une telle préparation, avait été de faire rentrer dans le sein de la médecine l'art, aujourd'hui si décrié, de blanchir les dents et d'entretenir la pureté de la bouche.

M. Pelletier a expliqué que c'est M. Oudet, chirurgien-dentiste si distingué et l'un de ses collègues à l'Académie de Médecine, qui lui a donné l'idée de ce nouveau composé, et qu'il s'était proposé surtout de prévenir et de neutraliser le principe acide, qu'on regarde comme la cause essentielle de la carie des dents et de la dégradation de la bouche.

Nous ne pouvons qu'applaudir à la franchise des explications du célèbre académicien, et former des vœux pour la propagation d'une préparation qui offre le double avantage d'avoir été suggérée par un chirurgien-dentiste comme M. Oudet, et d'avoir été exécutée par un chimiste comme M. Pelletier.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA VACCINE ET DES MÉDECINS VACCINATEURS.

On peut dire, sans crainte d'être démenti, que la plus grande découverte, que le plus beau fait médical du dix-neuvième siècle, est l'inoculation de la vaccine comme préservatif de la variole. Le *comment* n'a jamais été demandé, parce que cette question semble pour toujours insoluble; mais en revanche il n'est point d'expérience en médecine qui ait été faite sur une plus grande échelle, sur d'aussi vastes proportions. On compte ici les faits par millions, et chaque année en accroît le nombre. Qui croirait cependant que la mauvaise foi, les préjugés, l'ignorance et la crédulité ont conspiré et conspirent encore pour nier ou du moins pour atténuer les bienfaits de cette heureuse découverte? Il a fallu et il faut tous les jours, non-seulement persuader, mais forcer, mais contraindre le vulgaire de tous les rangs à vouloir bien permettre que son enfant ne périsse pas, ou ne soit pas défiguré par une horrible maladie; que la population cesse d'être décimée par de meurtrières épidémies; enfin que la santé des familles et la salubrité publique ne soient pas continuellement sous le coup d'un fléau que les générations passées redoutaient autant et plus que la peste, car cette dernière était beaucoup moins générale et beaucoup moins effrayante. Les médecins, les hommes sages, l'autorité, et par-dessus tout l'expérience, n'ont gagné que bien peu sur un certain public mal disposé pour la vaccine. Il ne serait même pas difficile de prouver qu'une partie de la population se refuse encore aux bienfaits de cette pratique, soit par insouciance, soit par crainte d'autres maladies.

En général, trois préjugés, plus ou moins profondément enracinés, dominent le public réfractaire à l'inoculation de la vaccine, et même ceux qui y ont une certaine foi. Le premier et le plus sot de tous est que, depuis la vaccine, beaucoup de maladies inconnues ou qui paraissaient à peine se sont depuis largement développées, comme le croup, la coqueluche, etc.; on a beau dire et démontrer que ces maladies existaient tout aussi bien avant qu'après la découverte de la vaccine, l'ignorance dispute et résiste à tout; au fait, il n'y a pas de clarté pour quiconque ferme les yeux.

Le second préjugé suppose que la variole est un poison contenu dans

le sang, poison ou virus qui doit tôt ou tard avoir son plein et entier développement, et que la vaccine ne fait que masquer. Ce préjugé, qu'on remarque même chez certaines gens qui se piquent d'éducation et de bon raisonnement, devrait se détruire en considérant que les personnes régulièrement vaccinées ne sont nullement sujettes à l'action d'un *reste* de principe variolique; mais il n'en est point ainsi : on chicane, on argutie sur quelques cas douteux et incertains. Des millions de faits déposeront contre ce préjugé, on ne s'y arrête pas; mais qu'un fait peu authentique, mal observé, se présente, il fixe aussitôt l'attention : on le commente, on en tire des conclusions générales contre la vaccine, tant est grand le malheureux penchant de l'esprit humain pour l'erreur et la déception !

Enfin le troisième préjugé contre la vaccine se fonde sur ce qu'elle ne préserve pas ou ne préserve que pour un temps de la variole. Oh ! pour celui-là, j'en suis fâché pour les médecins, mais beaucoup d'entre eux ont contribué et contribuent encore non-seulement à l'accréditer, mais à lui donner la force, l'apparence, la consistance d'une vérité prouvée, irréfragable : est-ce donc là en effet une vérité? Il s'en faut beaucoup, très-heureusement pour l'humanité. On peut faire ici et retourner le même raisonnement que celui dont nous avons parlé : cent, deux cents, trois cents, mille individus vaccinés seront d'abord préservés de la petite-vérole, mais un seul ou quelques-uns auront plus tard la maladie; faut-il donc que la grande majorité des exemples soit comme non-avenue? faudra-t-il s'écrier : Donc la vaccine ne préserve pas complétement de la variole! donc on peut l'avoir dans un temps donné! etc. On sent où conduirait un pareil raisonnement.

Mais beaucoup de médecins, reprenant la question sous un aurte point de vue, soutiennent d'abord que le vaccin a dégénéré; ensuite que le meilleur, le plus parfait, ne préserve que pour un temps de la variole. Cette opinion semble prendre faveur : on l'admet comme si rien n'était plus clair, plus évident, plus facile à démontrer. Quant à moi, j'ai mûrement examiné, bien pesé, bien médité les raisons, les faits, les observations de ceux qui soutiennent que la vaccine ne préserve de la variole que temporairement, et j'avoue qu'ils ne m'ont nullement convaincu. Peut-on croire d'abord qu'un virus a la puissance d'en neutraliser un autre, mais seulement par parties, par fractions, seulement pour une moitié ou un quart, et que le reste se manifeste plus tard par une éruption plus ou moins violente? ensuite que le principe variolique, quel qu'il soit, ne peut jamais se détruire qu'à coups redoublés de vaccine? Je ne pense pas que la science soit assez avancée pour soutenir comme vérités positives de pareilles assertions; mais tout ce que

je sais, c'est que le public s'inquiète, s'effraie, et que, poussant les choses à l'extrême, il conclut nettement que la vaccine ne préserve pas de la variole, ou du moins n'en préserve que pendant une période de temps plus ou moins longue, opinion qui s'appuie malheureusement sur les écrits de certains médecins et sur les discussions qui ont eu lieu à l'Académie de Médecine. Mais si la vaccine dégénère, si elle ne préserve que pour un temps de la variole, comment fixer cette époque? quel est le terme où le virus vaccin cesse sa neutralisation? Ce terme est-il le même chez tous les individus? Une seconde vaccination en nécessite-t-elle une troisième, une quatrième, une cinquième, pour peu que la vie se prolonge? A quels signes reconnaîtra-t-on que tout principe variolique est enfin détruit? Ici nouvelles discussions, nouveaux arguments, nouveaux faits contradictoires apportés par ceux dont l'opinion est que l'ancien vaccin a dégénéré, et que, fût-il nouveau et de qualité supérieure, il ne préserve que temporairement. Toutefois ces médecins sont-ils d'accord entre eux sur la période d'action préservative de la vaccine? Pas le moins du monde : les uns pensent qu'il convient de revacciner tous les cinq ans, d'autres tous les dix ans, tous les vingt ans; il en est même qui prétendent qu'il est plus sûr de renouveler le vaccin tous les ans, tous les six mois; et cela sur quelques faits vagues, sur des observations isolées, incomplètes, des conceptions *a priori*. N'est-ce pas à plaisir semer le trouble dans le public, diminuer sa confiance, déjà très-timorée, en un mot jeter l'incertitude sur ce qui paraissait avoué, démontré, autant qu'une chose peut l'être en médecine? C'est sur ce point de doctrine qu'il faudrait des motifs d'une évidence palpable, qu'il faudrait une suite de faits, un ensemble de preuves, de contre-épreuves, d'expériences, tout à fait irrésistibles et concluantes, mais il s'en faut qu'il en soit ainsi quand on veut démontrer la dégénérescence du virus vaccin.

Au reste, l'opinion dont il s'agit n'est pas nouvelle, comme le pensent quelques médecins : du temps même de Jenner, Goldson l'avait déjà émise : selon ce médecin, la faculté préservative du vaccin ne s'étend pas à plus de trois ans; mais des faits multipliés démentirent bientôt cette assertion. Un peu plus tard, des médecins français établirent que le vaccin n'avait en effet qu'une vertu temporaire, mais sans être d'accord en rien sur la période de temps de préservation, période qu'il est impossible de fixer, parce que chacun apporte des faits en faveur de son opinion, faits par conséquent contradictoires, sur lesquels on ne peut baser un principe assuré. Ainsi ce qui semble une vérité n'est encore qu'une question qui sera longtemps débattue. Prenez en effet cent individus vaccinés depuis vingt ans, je suppose, vaccinez-les de

nouveau : chez les uns, et ce sera toujours le plus petit nombre, il y aura éruption de pustules vaccinales; chez les autres, cette éruption n'aura pas lieu; en conclurez-vous que les premiers étaient constamment exposés à la variole, tandis que les seconds pouvaient se regarder comme entièrement affranchis de cette maladie? Ce serait une erreur, démontrée telle par une multitude de faits. J'ai vu une garde-malade qui, ayant été vaccinée et certaine de l'avoir été avec succès, soigna pendant plusieurs années un certain nombre de varioleux et les soigna impunément; un jour elle s'avisa de se faire revacciner, et il y eut une éruption complète. Cette femme était-elle préservée ou non par sa première vaccination? Aurait-elle pu continuer dix ou quinze ans encore de soigner des varioleux? Répondra qui pourra. Qui ne sait que l'illustre Lacépède, s'étant fait vacciner inutilement un grand nombre de fois, se crut enfin tout à fait exempt de la petite-vérole; cependant il n'en était rien, car, dans l'épidémie de 1825, il fut atteint de cette maladie, dont il mourut, à l'âge de soixante-neuf ans. Il ne paraît donc nullement démontré que les personnes vaccinées de nouveau, et l'éruption ayant eu lieu, fussent, avant l'opération, dans les conditions propres à contracter la variole.

Ainsi deux grandes questions se présentent à résoudre relativement à la vaccine, questions qu'il est nécessaire de soumettre à l'examen, à la réflexion, en un mot au contrôle d'une expérience sévère et prolongée, sans laquelle on ne peut rien affirmer.

Première question. — Le virus vaccin est-il susceptible de dégénérer et de perdre par conséquent sa faculté préservative ou neutralisante du principe variolique?

Seconde question. — A quelle époque faut-il fixer cette dégénérescence? Y a-t-il un terme général, ou bien ce terme est-il relatif aux individus, et, dans l'un et l'autre cas, à quels signes peut-on reconnaître ce terme?

Il est des médecins qui regardent ces deux questions comme à peu près décidées; en vérité on ne peut s'empêcher d'admirer leur confiance, j'ai presque dit leur crédulité. Il en est d'autres qui se contentent d'admettre la première et se tiennent en doute pour la seconde; mais comment s'arrêter à moitié chemin? il faut bien fixer un terme quelconque; l'une de ces questions ne renferme-t-elle pas l'autre implicitement? Quoi qu'il arrive, vous serez toujours obligé de revacciner d'une manière indéfinie, réitérée, l'individu une fois vacciné : jamais il n'y aura pour vous certitude complète, assurance formelle, que la faculté préservative du premier vaccin existe encore. Bien plus, si vous revaccinez, et que rien

ne se manifeste, vous serez forcé de recommencer au bout de quelque temps, car votre certitude n'a qu'un temps limité; mais si l'éruption vacciuale a lieu, l'opportunité d'une nouvelle revaccination se représentera de nouveau après un certain nombre d'années, et ainsi de suite, en sorte que la pauvre espèce humaine n'aura de répit dans sa crainte perpétuelle de la variole que pendant le temps qui suit immédiatement la vaccine amplement et régulièrement développée. Au bout de peu d'années, les terreurs, les inquiétudes, les perplexités recommenceront; alors faudra-t-il recourir à de nouvelles vaccinations, et ainsi jusqu'à la vieillesse? Ces conséquences nous paraissent logiques, car elles sont une déduction rigoureuse du principe une fois consacré de la nécessité de renouveler le vaccin dans l'économie à des intervalles plus ou moins éloignés. On est forcé de les admettre, sous peine de déception dans les mots et de mécomptes dans les résultats.

Sans entrer dans de plus grands détails, devenus ici tout à fait superflus, on doit présumer que les deux grandes questions que nous avons précédemment posées, questions si importantes à la science et à l'humanité, sont loin d'être résolues; à peine même sont-elles effleurées, puis on se hâte de prononcer et d'agir en conséquence. Non-seulement on manque actuellement des documents capables de les résoudre, mais il est douteux qu'on puisse jamais les obtenir. Jusqu'à présent les moyens employés pour que chaque enfant soit vacciné, pour constater ensuite les effets du vaccin, ne me paraissent nullement avoir atteint le but; de là des données tout à fait insuffisantes à la solution du grand problème qui nous occupe. Les démonstrations, les syllogismes arithmétiques, seuls capables de nous éclairer, de nous guider d'une manière positive, sont bien loin d'être acquis à la science; il est même fort douteux qu'il en soit autrement si on ne prend d'autres mesures, d'autres soins, d'autres précautions, que celles qui ont été adoptées jusqu'à présent. Par exemple, qui est-ce qui sait à Paris, avec certitude, le nombre des enfants vaccinés? Personne assurément; bien moins encore les résultats précis, positifs, de l'inoculation du virus. On vaccine très-exactement deux fois par semaine à l'Académie de Médecine : c'est là que se trouve le dépôt le plus assuré de la matière vaccinale; mais combien de médecins y ont recours, et s'en tiennent là sans rendre compte des résultats obtenus. Il est même très-rare qu'on ramène huit jours après l'enfant qui a été vacciné, soit pour constater son état, soit pour fournir du vaccin à son tour: les parents s'en soucient peu et le médecin se garde bien d'insister. Au reste, le plus grand nombre de vaccinations se fait en ville, de bras à bras, mais sans plus de soins pour faire qu'aucun des cas ne soit perdu pour la science. Ainsi, chacun vac-

cine dans sa clientèle; mais très-peu tiennent une note exacte du nombre des enfants vaccinés et des résultats de l'opération. C'est bien autre chose dans le peuple, qu'il faut, pour ainsi dire, contraindre à faire vacciner ses enfants; car il s'en faut beaucoup que les préjugés contre cette bienfaisante pratique soient tout à fait déracinés. Qu'on calcule maintenant combien, dans une population comme celle de la capitale, il existe de cas ignorés et par conséquent à jamais perdus pour une statistique bien faite de la vaccine, unique source de données positives sur cet objet! Ajoutez à cela l'incertitude des signes d'une vaccine normale et par conséquent préservative, la négligence de beaucoup de parents, les certificats de complaisance, l'incurie de certains chefs d'établissements publics et particuliers à cet égard, et l'on conviendra qu'à Paris il est impossible, dans l'état actuel des choses, d'obtenir des données, je ne dis pas certaines, mais d'une grande probabilité, sur les effets prolongés de la vaccine.

Dans les départements, il ne paraît pas que les faits soient plus exactement suivis, observés, notés, qu'à Paris, du moins si l'on en juge par les rapports particuliers, sauf certaines exceptions. Nous ne mettons point en doute le zèle des médecins préposés par l'autorité à l'importante propagation de la vaccine; mais l'impossibilité où ils sont de recueillir tous les faits, de constater les résultats avec la certitude, la précision, la rigueur, l'ensemble qu'il y faut nécessairement apporter, tout conspire souvent contre eux : le public avec ses préjugés, son ignorance; l'autorité, avec son apathie, son insouciance, enfin les mille obstacles qui naissent continuellement des circonstances. Avec quatre-vingts ou cent francs par an, je crois, ou *dix-neuf centimes* par enfant vacciné, quelques médailles distribuées par l'Académie de Médecine, il est difficile de se consacrer à de laborieuses recherches. Avec une prime de cette valeur, une pareille munificence, on ne peut aller bien loin dans une carrière d'expériences pour ainsi dire spéciales. Je n'ignore pas que le zèle pour la science et l'humanité, doit être le vrai stimulant pour les médecins jaloux de connaître et de proclamer la vérité; mais je sais aussi que ces médecins ont à exercer une profession pénible, ingrate, nullement lucrative, et qu'ils n'ont par conséquent que peu de loisirs et de moyens pour faire une longue suite d'observations sur une branche quelconque de l'art.

En résumé, on peut admettre que les deux grandes questions précédemment exposées sont loin d'être résolues dans l'état présent de la science; que de nouveaux faits, de nombreuses expériences, une statistique mieux faite et sur de grandes proportions, sont plus que jamais nécessaires; enfin que le mode actuel de recueillir ces faits est à peu

près insuffisant et illusoire, que par conséquent on restera dans l'incertitude tant que ce mode ne sera pas radicalement changé.

RECHERCHES CHIMIQUES ET CLINIQUES SUR UN NOUVEAU MÉDICAMENT APPELÉ MONÉSIA.

C'est un événement grave que l'apparition d'un nouveau moyen thérapeutique. Autant il faut de circonspection pour se préserver de l'engouement auquel se laissent facilement aller l'ignorance et la crédulité, autant il faut user de défiance à l'égard des suggestions de l'industrie, exploitatrice de toutes les nouveautés; autant, aussi, convient-il de se montrer réservé dans ses conclusions, pour ne pas frapper de réprobation absolue et définitive un agent qui peut révéler des vertus spéciales qu'un heureux hasard pourra mettre en évidence. C'est le hasard, en effet, qui révéla, dit-on, les vertus spécifiques du quinquina, par exemple, tandis qu'à première vue, ce médicament eût pu être considéré comme un modificateur de même nature que tous les amers. Cependant les déceptions en fait de remèdes nouveaux sont si fréquentes, et les spécifiques avérés sont si rares, qu'on ne court pas grand risque de se montrer d'abord incrédule, sauf à se rendre ensuite à l'évidence des faits bien et dûment interprétés.

En décembre 1838, M. le docteur Laurand me transmit, de la part de M. Bernard Derosne, pharmacien de Paris, diverses compositions d'une écorce, provenant, dit-on, d'un arbre du Brésil, écorce non usitée encore en médecine, et que ce pharmacien désigne sous le nom de *monésia*. Cette écorce paraît provenir d'un arbre assez volumineux, elle est épaisse, dure, de couleur rouge brun foncé, présentant une cassure nette; sa saveur est à la fois astringente et sucrée.

Avec un fragment de cette écorce, je reçus :

1° Un extrait en poudre;

2° Un sirop contenant huit grains d'extrait par once;

3° Une teinture alcoolique contenant trente-deux grains d'extrait par once;

4° Une pommade contenant un gros d'extrait, par sept gros d'axonge.

On m'annonçait ces compositions comme toniques astringentes, n'exerçant aucune irritation sur les tissus, et produisant d'excellents effets dans les flux muqueux et sanguins, passifs et même actifs, dans la chlorose, dans les plaies et ulcères atoniques, etc., dans tous les cas enfin où il convient d'employer les toniques astringents, avec cette différence que la substance actuelle agissait sans provoquer d'excitation.

On me priait de l'expérimenter à ma clinique.

Plein de défiance à l'égard des remèdes nouveaux, répugnant à prêter l'autorité de mon nom, quelque minime qu'elle soit, à des spéculations mercantiles, comme on en voit tous les jours, convaincu d'ailleurs de ce principe, que le médecin ne doit mettre en usage, autant que possible, que des substances dont il connaît la source et la composition, je commençai par chercher quel était l'arbre qui fournissait cette écorce, mais je ne trouvai personne qui pût me satisfaire sur ce point. Puis, je m'adressai à mon savant collègue, M. Persoz, professeur de l'Académie des Sciences, pour avoir l'analyse de mon écorce. Cette analyse fut confiée à M. Heydenreich, pharmacien habile, qui voulut bien se mettre à l'œuvre, et qui m'a communiqué la note suivante, que je transcris textuellement :

« Cette écorce m'a donné, par macération, un quart d'extrait; par décoction, cinq seizièmes.

« Ces deux produits avaient la saveur douce et astringente de l'écorce elle-même, seulement à un degré plus intense. L'eau froide les réduisait complétement; l'alcohol n'en dissolvait qu'une partie, et l'éther presque rien.

« Le résidu de l'écorce, insoluble dans l'eau bouillante, n'a plus abandonné qu'un quarantième à l'alcohol bouillant, et rien à l'éther. L'extrait alcoholique était en partie soluble dans l'eau froide, une autre partie se dissolvait dans l'eau bouillante, et il ne restait qu'une quantité presque inappréciable de résidu résineux. Ce qui se dissolvait dans l'eau était de même nature que l'extrait obtenu directement par l'eau.

« L'écorce extraite d'abord par l'eau à froid, et ensuite à plus de soixante degrés, a été reprise par de l'eau bouillante à laquelle elle a abandonné un peu d'amidon appréciable par l'iode.

« Le résidu ligneux qui composait les cinq huitièmes de l'écorce, réduit en cendres, a indiqué la présence de l'acide carbonique, de l'acide sulfurique, de l'acide chlorhydrique, de beaucoup de chaux, de potasse, d'un peu de fer, de silice.

« L'extrait lui-même est composé de :

Tannin bleuissant le fer.	52
Gomme ou mucilage.	10
Matière douce.	36
Perte.	2
	sur 100 parties.

« Cette matière douce n'est pas précipitable par l'acide sulfurique comme la glycirrhizine; l'acétate plombique ne la précipite pas non plus;

mêlée à de la levûre, elle n'entre pas en fermentation : ce n'est donc pas non plus du sucre. Cela paraît être une matière douce, d'une nature particulière, qui mériterait des recherches ultérieures. »

Cette analyse ne fait que confirmer les présomptions déduites de l'aspect et de la saveur du monésia. C'est une substance astringente, mitigée par le mucilage et la matière sucrée; mais, après tout, comme l'analyse chimique est loin de donner toujours le dernier mot des propriétés réelles des médicaments, nous en sommes venus à l'expérimentation clinique.

Pour moi, les flux muqueux et sanguins, purement atoniques, sont assez rares; pendant que j'expérimentais le monésia, je n'en ai même pas rencontré qui méritassent réellement ce titre. D'autre part, et quelles que fussent ses propriétés occultes, je me serais fait scrupule d'appliquer cette substance à des flux actifs, inflammatoires, aigus en un mot; de sorte que mes expériences sont très-peu nombreuses, les voici :

Obs. I. — Un homme de cinquante ans, affecté d'anasarque chronique consécutive à une fièvre intermittente prolongée. — Traitement par les drastiques (pilules de Bontius). — Diarrhée abondante qui résiste pendant plusieurs jours à la suppression des pilules, aux tisanes, lavements, cataplasmes émollients et anodins.

Le 8 décembre 1838, dix à douze selles liquides, séro-muqueuses, sans coliques ni ténesme, abdomen insensible à la pression. Tisane de riz édulcorée avec sirop de monésia, deux onces.

Le 9, les selles sont réduites à six, mais elles sont presque involontaires : riz; sirop de monésia ; pilule d'extrait de monésia, quatre, de quatre grains chacune.

Le 10, quatre selles : *ut suprà*.

Le 11, trois selles, toujours sans douleur; frissons suivis de chaleur dans la journée.

Le 12, le malade a eu douze selles, l'abdomen est tendu. Nous insistons pourtant sur les moyens ci-dessus.

Le 13, douze à quinze selles involontaires, météorisme, affaissement des forces.

Nous suspendons le monésia, et nous revenons à l'opium. Les jours suivants, les selles deviennent moins nombreuses, au point qu'elles cessent le 20 décembre, et que le malade reste constipé pendant trois jours.

La suite de la maladie est sans intérêt actuel; disons pourtant que le malade a fini par succomber à son hydropisie, le 24 janvier 1839, et que l'autopsie a révélé une altération de foie et de légères rougeurs disséminées dans le gros intestin.

Eh bien ! dans ce cas, les effets du monésia ont été ceux de tous les autres astringents : diminution de la diarrhée pendant quelques jours, par le fait de l'astriction exercée sur les surfaces muqueuses ; mais bientôt retour et augmentation de la diarrhée, par le seul fait de la réaction qui suit l'emploi des astringents dans les affections irritatives. Ce seul fait aurait suffi pour nous convaincre que le monésia n'est qu'un astringent comme un autre,

Obs. II. — Femme de quarante ans. — Entérite folliculeuse typhoïde, forme lente-nerveuse ; deux mois de durée. — Convalescence pénible : alternatives de diarrhée et de constipation.

Le 29 décembre 1838, la malade est prise de diarrhée séreuse qui continue les jours suivants, malgré les émolliens.

Le 31, eau de riz avec sirop de monésia, deux onces.

Le 1er janvier 1839, la diarrhée a cessé : *ut suprà.*

Comme nous redoutons la constipation presque autant que la diarrhée, nous cessons le monésia le lendemain.

Nous pensons que le remède n'a pas été sans influence sur la cessation prompte de cette diarrhée, nous tenions trop à ménager cette malade, si péniblement conduite à guérison, pour essayer si le remède continué eût produit le retour de la diarrhée, comme dans le cas précédent ; du reste, nous employons volontiers les astringents dans les cas de ce genre, mais à Dieu ne plaise que nous en usions dans la période aiguë de l'affection typhoïde, fût-ce même du monésia.

Obs. III. — Un homme de vingt-sept ans. — Phthisie au troisième degré (cavernes, diarrhée, fièvre hectique), épuisant le malade, malgré l'acide hydrocyanique à haute dose (quarante gouttes).

Le 9 janvier 1839, hémorrhagie intestinale abondante pendant la nuit ; le matin, selles diarrhéiques encore sanguinolentes, anémie, ventre indolent ; Potion avec élixir acide de Haller, quinze gouttes ; tisane de riz.

Le 10, plusieurs selles noirâtres (colorées par du sang) ; tisane de riz avec extrait de monésia, demi-gros.

Le 11, toujours plusieurs selles noirâtres : *ut suprà.*

Le 12, même état : *ut suprà* ; plus, lavement avec extrait de monésia, un gros.

Le 13, selles non-sanguinolentes, mais toujours nombreuses : *ut suprà.*

Le 14, selles très-nombreuses, involontaires ; même traitement (tisane et lavements avec monésia).

Le malade s'affaisse rapidement et succombe le 16, avec du délire et des selles involontaires.

A l'autopsie : cavernes pulmonaires; intestins parsemés d'ulcérations nombreuses et profondes.

Ici, le monésia ne nous paraît pas avoir produit d'effet sensible. L'hémorrhagie a cessé pendant son administration, il est vrai, mais elle était déjà calmée quand on a commencé l'emploi du remède, et il est assez probable qu'elle eût cessé sans lui. Quant à la diarrhée, elle a pris de l'accroissement pendant l'administration du monésia, ce dont je ne veux pas accuser celui-ci ; mais cela prouve du moins que son action fut impuissante, quant à la diarrhée.

Obs. IV. — Femme de trente ans. — Phthisie au deuxième degré. — Hémoptysie légère, combattue par une saignée, une application de ventouses scarifiées au thorax, et des dérivatifs. Le crachement de sang diminue graduellement pendant trois jours.

Le 25 février 1839, l'hémoptysie est réduite à une légère coloration rosée, des crachats qui sont séreux, peu abondants, sans toux fatigante, ni douleur pectorale, ni fièvre. Nous tentons de supprimer définitivement l'hémoptysie au moyen du monésia, dont nous donnons un scrupule d'extrait, dans une potion gommée.

Le 26, crachats colorés, sensation de sécheresse et de chaleur au thorax : *ut suprà.*

Le 27, crachats plus sanguinolents, dyspnée, mouvement fébrile. Nous supprimons le monésia : ventouses scarifiées au thorax, looch simple, pédiluve sinapisé.

Le 28, crachats presque incolores, respiration plus libre, sans chaleur ni fièvre ; émollients.

Sans attribuer beaucoup d'influence à un scrupule d'extrait de monésia, il est manifeste, pourtant, qu'au lieu de se dissiper les accidents se sont aggravés pendant son administration. C'est du reste ce qui s'observe fréquemment à la suite de l'emploi des astringents dans l'hémoptysie qui accompagne les deux premiers degrés de l'affection tuberculeuse des poumons ; si le crachement du sang est diminué, ce n'est trop souvent qu'aux dépens de l'état général et du bien-être du malade, qui sent augmenter l'oppression, la toux, la chaleur, la fièvre, etc.

Obs. V. — Femme de quarante-cinq ans. — Catarrhe chronique. Emplâtre stibié sur le sternum, ayant déterminé des ulcérations larges, rebelles, végétantes.

En décembre 1838, pansement des ulcérations avec la pommade d'extrait de monésia. Les jours suivants, les surfaces ulcérées se dessèchent, deviennent moins blafardes, les végétations diminuent, se rétractent, en quelque sorte, et la cicatrisation s'opère en quelques jours, sans l'emploi d'autres moyens.

Ici les propriétés astringentes du monésia sont rendues sensibles à l'œil ; il a manifestement hâté la guérison ; mais nous sommes convaincus que le même résultat se fût produit par l'emploi de tout autre astringent, de l'acétate de plomb, par exemple, ou mieux encore par les cautérisations avec le nitrate d'argent, qui eût réprimé plus rapidement les végétations celluleuses.

A cela se réduisent nos expériences, qu'on trouvera trop peu nombreuses, sans doute ; mais nous les trouvons, nous, assez expressives pour penser qu'il nous est permis, d'après les données précédentes, de formuler notre opinion sur le monésia. Voici nos conclusions :

1° Les caractères physiques et chimiques du monésia constatent, *à priori*, ses propriétés astringentes.

2° Le monésia est un astringent comme un autre, sauf les proportions de mucilage et de matière douce qui mitigent et affaiblissent, par conséquent, son action.

3° L'application clinique confirme les données précédentes, le monésia se comportant comme les autres astringents, révélant les mêmes avantages et les mêmes inconvénients.

4° Rien ne décèle dans le monésia des propriétés qui lui soient particulières, des vertus spécifiques : c'est, nous le répétons, un tonique astringent comme le cachou, le ratanhia, et tous les médicaments du même genre, sauf la plus grande proportion de matières douces qu'il contient, et qui peuvent très-bien être ajoutées par l'art aux agents plus actifs ci-dessus, comme on le fait d'ailleurs journellement.

5° L'introduction du monésia dans la thérapeutique fournira un utile succédané aux toniques-astringents déjà connus, un agent de plus pour la médication tonique astringente et rien de plus, du moins quant aux affections dans lesquelles on en recommande l'emploi, et auxquelles nous l'avons appliqué. FORGET.

SUR L'EMPLOI DES BAINS ET DES DOUCHES DE VAPEUR DANS LES MALADIES DES ARTICULATIONS ET DANS CERTAINES PARALYSIES.

Parmi les moyens si nombreux employés dans ces affections chroniques des articulations, réunies par les auteurs sous la dénomination vague de tumeurs blanches, les bains de vapeur simple ou médicamenteuse devraient occuper peut-être le premier rang ; mais il importe de retrancher de la série des cas qui réclament leur emploi les variétés des tumeurs blanches, ou mieux d'arthropathies, dans les-

quelles la maladie affecte les os (que ce soit une carie, une nécrose, des tubercules, etc.) Je ne pense pas non plus que le fongus articulaire, qui, suivant l'opinion peut-être un peu trop exclusive de Brodie, aurait son point de départ dans la membrane synoviale, puisse être avantageusement modifiée par les bains de vapeur.

L'inflammation chronique des ligaments, du tissu cellulaire sous-synovial, de celui qui double les gaînes musculaires et tendineuses péri-articulaires, les irritations simples de la membrane synoviale, etc., telles sont les diverses lésions, quelle qu'en soit l'origine, où les bains de vapeur peuvent être administrés avec une espérance fondée de succès.

Plusieurs fois nous les avons vus réussir aux Néothermes pour des cas de ce genre; nous les avons vus échouer aussi, car le meilleur remède ne guérit pas toujours.

Je dois à l'obligeance de M. le professeur Sanson la connaissance d'un cas heureux d'emploi de ces moyens, chez une jeune personne âgée de vingt ans, qui avait les deux genoux affectés d'hydarthrose, avec épaississement et induration des tissus péri-articulaires. Au bout de vingt douches de vapeur environ, prises aux Néothermes, la guérison était presque complète; depuis cette époque (1837) elle ne s'est pas démentie.

Les douches de vapeur produisirent un effet aussi avantageux chez M. B...., négociant de Guingamp, qui fut traité aux Néothermes par le même praticien. La maladie affectait le genou gauche, et datait de plusieurs mois; on pouvait en rapporter le développement à une chute de cheval. Il y avait de la douleur, du gonflement; les dépressions situées sur les parties latérales de la rotule étaient effacées, les mouvements de flexion et d'extension fort difficiles et douloureux. On avait appliqué des sangsues, prescrit le repos sans obtenir un changement marqué. M. Sanson fit appliquer successivement six vésicatoires qu'on séchait promptement; au bout de quinze jours, le genou avait diminué de volume, mais il y avait toujours de la fluctuation et de la douleur; ce fut alors qu'il prescrivit les douches de vapeur; elles étaient données pendant l'espace de vingt minutes, d'assez près pour échauffer et rougir fortement la peau; pendant la douche le garçon de bain pétrissait l'articulation, et alternativement la frictionnait avec un gant de flanelle; momentanément le genou devenait plus douloureux, la peau en était plus rouge, mais après douze à quatorze douches, le gonflement avait presque tout à fait disparu, les mouvements étaient devenus plus faciles et plus étendus. Le malade quitta les Néothermes après six semaines de séjour dans cet état marqué d'amélioration.

Dans l'observation suivante, où la lésion était plus grave, moins bien caractérisée, et où presque tous les moyens ordinaires avaient échoué, l'action de la vapeur, combinée avec les mouvements imprimés à l'articulation, a eu le plus heureux résultat.

Obs. II. — Au commencement du mois de mai 1838, madame B...., d'Ivry-la-Bataille, éprouva dans le genou droit, en descendant brusquement de sa voiture, une sorte de faiblesse, comme si, dit-elle, son membre se fût dérobé sous elle. Remontée en voiture, madame B.... n'éprouva qu'un peu de gêne, qui, trois jours après, s'était changée en une douleur, légère d'abord, et se montrant seulement dans la marche lors des changements de position. Un médecin consulté alors prescrivit quelques résolutifs (la dissolution d'acétate de plomb avec l'eau-de-vie camphrée). On ne garda pas le repos; la marche devint de plus en plus pénible. On constata alors que le genou droit était gonflé vis-à-vis et au-dessous de la rotule; que cet os était soulevé avec le ligament rotulien; que la pression y déterminait une crépitation manifeste, sans toutefois augmenter sensiblement la douleur. Du reste, il n'y avait ni rougeur ni chaleur à la peau; absence de fièvre. — On prescrit le repos absolu, des bains, des cataplasmes émollients anodins, etc.; plus tard une saignée, on applique des sangsues, car la douleur prend une intensité fort grande.

Sous l'influence de ces moyens, il y eut d'abord une excitation générale du système nerveux; de la fièvre (la malade est d'un tempérament nerveux prononcé); puis un mieux remarquable lui succéda; le gonflement diminua; la douleur était bien moins vive, on allait même cesser le traitement et confier la malade aux béquilles, lorsqu'à la suite d'un mouvement brusque dans son lit, elle éprouva une douleur vive et subite dans le genou malade; aussitôt retour du gonflement, élancements douloureux, agitation nocturne. Un point rouge au niveau de la partie supérieure du tibia sembla y concentrer l'inflammation, un petit abcès s'y forma, il fut ouvert, et on y plaça un cautère; plus tard un vésicatoire fut appliqué en dehors de la jointure; quand les symptômes d'acuité furent passés, on insista sur les frictions résolutives avec la pommade iodurée, le liniment savonneux, etc.: aucune amélioration. La malade entra aux Néothermes à la fin de novembre 1838.

A cette époque, MM. Marjolin et Velpeau reconnurent le gonflement de l'articulation tibio-fémorale droite, toutefois des mesures prises ne donnèrent pas plus de six lignes de différence d'avec celle du côté gauche; le tissu cellulaire était empâté; la peau légèrement rouge; les dépressions situées sur les côtés de la rotule effacées; du reste pas de fluctuation ni de saillie fongueuse; les douleurs sont vives, se continuent surtout en dedans sur le tibia; les mouvements sont douloureux, la marche impossible: la malade est obligée de se faire porter pour le moindre déplacement.

On diagnostique une maladie des parties fibreuses de l'articulation, et peut-être déjà un commencement d'ostéite; mais ce dernier point était fort douteux. Les consultants furent d'avis d'appliquer successivement six ventouses scarifiées autour du genou, d'insister sur le repos, les applications émollientes, et plus tard la compression avec l'agaric, et un bandage simple ou dextriné.

Ces moyens furent employés dans le courant de décembre sans avoir amené la plus légère amélioration. On ne put continuer la compression, qui déterminait

une douleur très-vive ; il fallut renoncer également au bandage dextriné. Ce fut alors (25 décembre) que M. Velpeau prescrivit les bains de vapeur ; la malade fut portée au bain ; elle ne le prit qu'à mi-corps, et continua ainsi les jours suivants. La température, portée jusqu'à 40° centigrades, détermina une accélération considérable du pouls, qui s'éleva jusqu'à cent quarante-huit pulsations, beaucoup de chaleur et de la céphalalgie. Le genou éprouva d'abord un peu plus de raideur; on le frictionna légèrement d'abord, on insista sur le massage et quelques mouvements de flexion.

Pendant tout le jour la malade souffrit à peine; après le second bain, donné deux jours après, il y avait déjà moins de gonflement ; mais on fut obligé de suspendre ces moyens par l'arrivée des règles, qui déterminèrent une recrudescence des plus violentes. On insista sur les calmants (cataplasmes émollients, compresses imbibées d'eau de laurier-cerise, qui avaient souvent produit du soulagement et qui cette fois n'en amenèrent point); cet orage passé, on reprit les bains de vapeurs aromatiques, on insista davantage sur les mouvements et le massage : de jour en jour les mouvements prenaient plus d'étendue et se faisaient plus facilement. Le 15 janvier, la malade put se tenir assise : le 16 elle fit quelques pas dans sa chambre, soutenue par des béquilles ; le 17 elle put se promener plus longtemps dans les galeries; bientôt le gonflement diminua ; la douleur, qu'une température froide et humide avait ramenée, n'exista bientôt plus; la malade put descendre les escaliers; enfin la progression se fit sans béquilles. Au commencement de mars, presque tous les mouvements étaient revenus : il n'y avait plus ni douleur ni gonflement ; les forces étaient à l'état normal ; on pouvait considérer la guérison comme complète. Cependant une douleur survenue subitement en arrière et à la partie supérieure de la cuisse, avec tous les caractères de la névralgie sciatique, a nécessité l'emploi de douches aromatiques locales, l'application de ventouses scarifiées, le repos, etc. A l'heure qu'il est, tous ces symptômes ont disparu (1).

Cette observation est fort remarquable, d'abord comme histoire d'une variété d'arthropathie, qui n'a pas été, je crois, bien décrite, ensuite comme exemple de l'heureuse influence de cette combinaison, sur laquelle on ne saurait trop insister, des bains de vapeur et du massage, des frictions, des mouvements, etc. Y avait-il un commencement d'ankylose ? formation d'adhérences récentes ? une phlegmasie obscure, dont la résolution s'est faite sous l'influence d'une excitation momentanée? la vapeur a-t-elle déterminé un effet révulsif, etc.? tout cela pourrait fournir matière à discussion. Bornons-nous pour le présent à constater la guérison par des moyens trop rarement employés, et qui pourraient même passer pour empiriques. Dans ce cas, la vapeur, d'abord simple, fut ensuite rendue hydro-sulfureuse, mais la malade ne put la supporter; on la rendit plus tard aromatique. Plus de vingt bains ont été ainsi administrés dans l'espace de deux mois ; on

(1) Les détails de cette observation, postérieurs au 1er janvier, m'ont été communiqués par mon collègue et ami M. Séguin.

n'a jamais dépassé 40° centigrades. Leur effet sur la transpiration, la circulation, a presque toujours été le même.

Dans un cas de luxation spontanée, commençante du fémur (arthrite coxo-fémorale), développée à la suite d'un mouvement brusque et violent de la hanche, M. Sanson prescrivit, chez une jeune personne fort nerveuse, les douches de vapeur; deux seulement furent administrées, la malade ne voulut pas s'y soumettre plus longtemps. Du reste, des ventouses scarifiées, et plusieurs vésicatoires volants placés successivement autour de l'articulation, ayant été mis plus tard en usage, je pense qu'il faut leur attribuer une bien plus grande part dans l'amélioration qui survint après plusieurs mois de séjour aux Néothermes, qu'à l'action de la vapeur.

Je ne mentionne pas non plus, pour la même raison, plusieurs autres faits où la vapeur fut l'accessoire ou le complément du traitement, cependant son action ne saurait dans ce cas être regardée comme nulle. J'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs exemples d'inflammation des bourses muqueuses, ou de simple irritation avec hydropisie, qui m'ont paru avantageusement modifiés par l'action des douches de vapeur.

Obs. III. — Je ne citerai qu'un seul cas; il est relatif à une jeune personne âgé de dix-neuf ans, qui, à la suite d'un mouvement de torsion du pied sur la jambe, éprouva une douleur vive à la partie supérieure et externe du tendon d'Achille du côté droit; à la douleur succéda le gonflement, une sorte d'empâtement sous-cutané et de fluctuation obscure; les mouvements de totalité du pied, ceux de flexion de la jambe, étaient gênés et douloureux; la marche augmentait le gonflement. Le médecin de la malade pensa qu'il y avait un épanchement séreux dans la muqueuse qui entoure le tendon d'Achille, l'isole et favorise ses mouvements; il prescrivit les douches de vapeur aqueuse d'abord, puis aromatiques. Administrées à un jour d'intervalle, pendant quinze à vingt minutes, et d'assez près pour déterminer une forte rubéfaction de la peau, les douches produisirent d'abord un aggravement passager des symptômes; mais avant le quinzième jour tout avait disparu.

Je pourrai rapprocher de ce fait, où la lésion était bien tranchée, et où la médication fut rapidement suivie de succès, deux autres cas relatifs encore à la même affection qui avait son siége au-devant du tendon, vers sa partie inférieure, entre la face postérieure du calcaneum et le faisceau fibreux. Dans l'un de ces cas, la maladie était liée à une affection rhumatismale générale; dans l'autre, elle était sous la dépendance de l'infection syphilitique; tous deux ont été presque complétement guéris par les douches de vapeur, de cette affection locale seulement, car, chez le second malade, on administra un traitement mercuriel par les bains de sublimé.

Les exemples d'hydropisies de ces bourses muqueuses sont assez

rares pour que les faits auxquels je fais allusion méritent de fixer l'attention, l'efficacité du traitement par les vapeurs ne sauraient être non plus révoquée en doute.

Je n'ai pas cité tous les cas de maladie des articulations où l'action des vapeurs a obtenu un heureux résultat, il suffira de ces quelques faits, je crois, pour en démontrer l'efficacité : on pourrait sous ce rapport consulter avec beaucoup de fruit l'ouvrage de M. Rapou, qui renferme plusieurs observations intéressantes où ce moyen a été fort utilement employé.

Au reste, il ne faut pas s'attendre à réussir dans tous les cas, même en les choisissant dans la catégorie que nous avons formée en commençant; un bon nombre résisteront, c'est alors qu'il faudra recourir à la compression, aux révulsifs, aux antiphlogistiques locaux et généraux, aux mercuriaux, à l'hydrochlorate de barite, etc.; et parcourir cette longue série de moyens si nombreux, et si souvent inefficaces, qu'on a vantés contre les tumeurs blanches des articulations.

Quant à la carie et à la nécrose, à l'affection tuberculeuse des os, la méthode fumigatoire ne pourrait convenir que pour combattre l'état pathologique général auquel la maladie serait liée; telle est l'opinion de M. Rapou, que nous admettrons bien volontiers; toutefois nous n'y ajouterons que d'une manière dubitative, que l'action de la vapeur pourrait favoriser la réparation d'une nécrose dont l'exfoliation abandonnée à elle-même s'opérerait trop lentement (1).

§ II. On a singulièrement vanté l'usage des bains de vapeur contre la paralysie, depuis surtout que la découverte des bains par encaissement et que l'emploi des douches locales ont permis d'agir sur une surface donnée, plus ou moins étendue, en ne déterminant pas de congestion cérébrale, si souvent à redouter dans ces cas, ce qui arriverait si la vapeur agissait sur la partie supérieure du tronc, comme sur les extrémités inférieures. Mais pour étudier, et surtout pour mettre à profit l'action de ces moyens pour la thérapeutique, il est de toute nécessité d'établir des distinctions dans les diverses paralysies; de rejeter celles qui sont liées à un état aigu inflammatoire, ou hémorrhagique; celles qui se rattachent à un travail chronique, à une tumeur lentement développée, etc., en un mot, d'éloigner toutes les paralysies dans lesquelles la lésion du centre nerveux ou de la périphérie est encore existante. Je ne pense pas, en effet, que dans l'état actuel de la science on doive attendre beaucoup de succès de l'emploi des bains et des douches de vapeur dans la plupart des affections du cerveau, de la moelle ou des nerfs; ainsi dans

(1) Rapou, Chirurgie, t. II, p. 180.

les paralysies avec lésion organique des centres nerveux, lorsque l'épanchement ou le ramollissement sont récents, s'il s'agit d'une phlegmasie des membranes, etc., on ne songera pas à user de ces moyens; mais il vient plus tard une époque de la maladie où peut-être ils seront utiles, et ils ont certainement réussi dans un grand nombre de cas. On devra, ce me semble, y avoir recours aussi dans quelques paralysies essentielles sur la nature desquelles nous sommes loin d'être suffisamment instruits, ceci s'applique plus spécialement, du reste, aux paraplégies.

Je n'ai vu employer que dans un seul cas les douches de vapeur sur le membre supérieur droit d'un malade, atteint une année auparavant d'hémorrhagie cérébrale; la paralysie, qui fut limitée au bras droit, cessa en partie au bout de quelques mois; il restait encore de la gêne dans les mouvements des doigts et un certain degré d'atrophie musculaire. De l'avis de M. Cruveilhier, quatre douches de vapeur simple, dirigées sur l'épaule, le bras, l'avant-bras et la main, jusqu'à rubéfaction et sensation douloureuse pendant qu'on faisait mouvoir les articulations, semblaient avoir produit un heureux résultat; les mouvements devenaient plus faciles et plus forts: malheureusement ce traitement n'a pas été assez longtemps mis en usage pour que son heureuse influence soit définitivement jugée.

Nous l'avons vu réussir complétement, mais avec plus de durée et de constance dans son emploi, pour un cas fort curieux de paraplégie.

Obs. IV. — Une jeune femme de vingt-six ans, lymphatique, fort impressionnable, eut, à la suite d'une couche, un abcès circonscrit dans la fosse iliaque. — Frictions mercurielles à hautes doses. — Salivation, paraplégie.

Elle entra aux Néothermes en mars 1838. Il y avait paralysie complète du sentiment et du mouvement dans les membres inférieurs; la malade était incapable de se soutenir, à plus forte raison de faire un pas. Elle fut mise à l'usage des douches simples de vapeur sur la partie inférieure de la colonne vertébrale, le bassin, la partie supérieure et postérieure des cuisses et les jambes. La peau rougissait fortement sans que la malade accusât la moindre sensation douloureuse; le sentiment revint peu à peu, puis le mouvement; au bout d'un mois la jambe droite pouvait être fléchie; étendue, au bout de deux mois, la malade, qu'on avait toujours portée jusqu'alors à la douche, put y aller en se soutenant sur ses jambes. Elle sortit de la maison dans cet état inespéré.

Dans cette observation, digne d'intérêt sous plus d'un rapport, nous ferons remarquer que la moelle n'était sans doute pas le siége d'une lésion anatomique bien caractérisée: était-ce une paralysie *sine materia?* On pourrait le penser. Toujours est-il que les douches de vapeur ont eu un plein succès, et qu'on pourrait en généraliser l'emploi et l'appliquer à bon nombre de paralysies mercurielles. Hâtons-nous d'a-

jouter, que dans ce cas on ne se borna pas aux douches de vapeur ; de temps en temps elles étaient remplacées par l'eau fortement salée, l'eau simple, chaude, et secondées dans leurs effets par les frictions répétées avec beaucoup de soins pendant près de vingt minutes.

Dans l'observation suivante, la paraplégie fut moins avantageusement combattue, par la raison, sans doute, que l'altération de la moelle était plus profonde. Toutefois il y eut une amélioration telle que nous croyons devoir relater ce fait avec quelques détails.

Obs. V. — Madame ....., de Sceaux, âgée de trente-cinq ans, d'une bonne constitution, jouissant habituellement d'une excellente santé, fut prise, il y a cinq ans, sans cause connue, de douleurs de nature rhumatismale (on le crut du moins) aux membres inférieurs ; ces douleurs étaient vagues et disparaissaient par intervalles, bientôt elles ne cessèrent plus de se faire sentir. Au bout de trois ans et demi d'alternatives de bien-être et de malaise, madame ..... s'aperçut que les deux premiers orteils du pied gauche étaient devenus insensibles et immobiles : ils étaient comme morts, disait-elle. Cette insensibilité s'étendit aux pieds, aux jambes, aux genoux même, à un degré plus marqué toutefois à gauche qu'à droite, sans fièvre ni aucune douleur dans la colonne vertébrale. Il y avait alors presque toujours de la constipation, et parfois de la difficulté dans l'excrétion des urines.

On diagnostiqua une affection de la moelle épinière. On fit une saignée du bras ; six à huit vésicatoires furent successivement placés sur les côtés de la rangée épineuse ; plusieurs moxas, des frictions excitantes avec la teinture de cantharides, quelques douches et des bains de vapeur aromatique en petit nombre, amenèrent une amélioration notable au bout de cinq mois. Les jambes exécutaient quelques mouvements, la sensibilité était revenue partout, si ce n'est à la peau des pieds ; le gauche était encore presque tout-à-fait insensible au toucher, aux pincements.

Le médecin ordinaire de la malade et M. Andral, qui fut consulté, décidèrent qu'il y avait lieu, dans cet état, à insister sur l'emploi des bains et des douches de vapeur combinées avec d'autres douches aqueuses excitantes. La malade entra, le 8 aout 1838, aux Nénthermes, pour y subir ce traitement.

Alors elle se trouvait dans un état marqué d'amaigrissement; les jambes étaient remarquablement atrophiées ; il existait un peu d'œdème à leur partie interne et antérieure ; la chaleur générale était augmentée ; le pouls à quatre-vingt-quatre ; il y avait du sommeil et de l'appétit ; les pieds pouvaient être fléchis ou étendus sur la jambe, cette dernière était revenue à la sensibilité; mais sur le dos du pied les pincements les plus forts déterminaient à peine une légère sensation douloureuse ; la chaleur y était normale ; assez souvent la malade y ressentait des fourmillements. Du reste si les mouvements des membres inférieurs s'exécutent, ils sont très-faibles; la malade peut à peine se soutenir sur ses jambes et les mettre difficilement l'une au devant de l'autre.

Il n'existe aucune déviation dans la colonne vertébrale ; la ligne des apophyses épineuses n'est point altérée dans sa direction ; la pression n'y est pas douloureuse. A la partie inférieure du dos la sensibilité diminue ; vers le siége elle est

14.

presque nulle ; la malade n'a pas la conscience des corps sur lesquels elle s'assied ; la douche de vapeur, en frappant sur cette région, est à peine sentie.

Après une première douche de vapeur aromatique sur la colonne épinière, quelques fourmillements se firent sentir aux jambes ; il semblait à la malade qu'on l'électrisait, suivant son expression ; le même effet avait lieu pendant l'application des moxas.

Du 8 au 14, la malade prit trois douches de vapeur, un bain de vapeur sèche et un bain de Barèges ; on fit des frictions et le massage sur les membres inférieurs ; il n'y avait pas la moindre amélioration. On donna une douche aromatique ; les jours suivants on alterne les douches de vapeur et les bains de vapeur sulfureuse avec quelques douches alcalines chaudes. L'amélioration se prononça les premiers jours de septembre ; les frictions et le massage furent continués. Sur la fin du traitement plusieurs furoncles se développèrent par suite de l'action des douches.

Vers le 12 septembre, la sensibilité était presque normale ; l'infiltration séreuse des jambes et des pieds avait totalement disparu. La malade ne marche pas encore comme dans l'état sain ; mais elle est de plus en plus solide sur ses jambes : elle n'a besoin que d'un faible soutien. Ce fut dans cet état qu'elle quitta les Néothermes, pressée d'aller reprendre des occupations forcées. Elle doit revenir cette année pour achever sa guérison, dans le cas où cette amélioration n'aurait pas été en augmentant.

L'influence heureuse des fumigations dans le cas que nous venons de rapporter mérite d'être prise en considération ; toutefois ce ne fut pas le seul moyen employé, il faut tenir compte aussi des douches alcalines, avec addition de sel marin, et de l'action des frictions exercées sur les membres inférieurs.

Je dois à l'obligeance de M. Lacour la connaissance d'un fait presque analogue dont il a recueilli les détails dans le service de M. le professeur Fouquier, à la Charité ; il y avait diminution de la sensibilité, et paralysie presque complète du mouvement plus marquée à gauche. Après cinq douches aromatiques, dirigées sur les membres inférieurs, pendant l'espace d'une heure, tous les deux jours il y avait une amélioration notable ; au bout d'un mois la malade se soutenait et marchait facilement à l'aide d'un léger appui ; ses ressources pécuniaires ne lui permirent pas de continuer plus longtemps ce traitement, elle entra pour l'achever à l'hospice de la Charité, où M. Lacour eut l'occasion de l'observer. Chez notre premiere malade, les douches et les bains étaient moins prolongés ; on ne dépassa guère une demi-heure ; cela est de toute nécessité chez les personnes nerveuses, impressionnables, ou disposées aux congestions cérébrales.

Ces mêmes moyens, les douches de vapeur simple, sulfureuse, ou aromatique, ont réussi dans d'autres cas dont je ne possède pas l'histoire complète. L'un d'eux est relatif à madame la baronne de V....,

traitée par M. Amussat, en 1834, aux Néothermes : les douches de vapeur simple continuées pendant deux mois, à deux ou trois jours d'intervalles rappelèrent le mouvement dans les membres inférieurs.

Dans quelques circonstances où il est difficile de rattacher la faiblesse ou la paralysie à une cause locale, et surtout à une lésion des systèmes nerveux centraux, c'est moins aux douches et aux bains de vapeur par encaissement qu'il faut recourir, quelle que soit la maladie, qu'aux bains russes, avec ou sans la pluie d'eau froide : on obtient par la combinaison de ces deux moyens des effets souvent fort remarquables. Il faudra y joindre le massage, et préférablement les frictions sèches.

A ce propos il est bon de signaler la différence d'action qui caractérise ces deux moyens si souvent confondus : le massage bien fait constitue une médication calmante, sédative. Considéré dans son effet général, il calme les nerfs, comme on dit, il diminue l'irritabilité et donne du penchant au sommeil; il endort doucement si on se laisse aller au besoin qui vous surprend insensiblement au bout de quelques minutes. Les frictions au contraire, faites avec la main seule ou garnie d'un gant de flanelle, excitent, augmentent la tonicité, l'irritabilité; déterminent des secousses chez les personnes nerveuses et parfois des mouvements convulsifs dans les membres. On devra donc les employer en général dans les cas de paralysie, d'asthénie, et prescrire le massage dans les contractures, les rhumatismes avec douleur vive; cette distinction me paraît d'une grande importance pratique. A. B.

SUR L'EMPLOI DE LA SUIE DANS LE TRAITEMENT DES DARTRES ET DE LA TEIGNE.

J'ai lu, dans l'un des derniers numéros de ce journal, une note de M. Marinus, médecin belge, sur l'emploi de la suie dans le traitement des dartres et de la teigne. Employant moi-même, depuis longtemps, les préparations de la suie dans ces mêmes maladies et avec un succès constant, j'ai pensé qu'il pourrait être de quelqu'intérêt pour la science de confirmer par de nouvelles observations ce qui a déjà été publié sur ce sujet.

Les pilules anti-chlorotiques ont acquis plus de réputation à M. Blaud que l'emploi qu'il a fait de la suie dans diverses affections; cependant, je puis le dire, la suie agit dans certaines maladies cutanées, mais surtout dans la teigne, d'une manière aussi héroïque que les pilules de ce savant médecin dans la chlorose. Ce que j'avance ici je pourrais l'appuyer d'un grand nombre d'observations; mais je pense qu'il suffira

d'en rapporter quelques-unes ; je les prends au hasard dans mon journal.

D.... Marie, âgée de sept ans, atteinte depuis près de trois ans de teigne faveuse, qui occupait toute l'étendue du cuir chevelu, fut soumise, dans le courant du mois de mai 1834, au traitement suivant : couper les cheveux ; recouvrir la tête d'un cataplasme de farine de lin pour faciliter la chute des croûtes ; après leur chute, faire des lotions soir et matin avec la décoction suivante :

Prenez suie de bois. . . . . 2 poignées.
Eau pure. . . . . . 1 livre.

Faites bouillir pendant une demi-heure.

Après chaque lotion recouvrir la partie malade d'une couche de la pommade suivante :

Prenez axonge. . . . . quatre onces
Suie. . . . . . . quantité suffisante.

Mêlez exactement et par petites parties jusqu'à ce que l'axonge soit colorée en brun foncé ; soumettez pendant vingt-quatre heures à une légère ébullition (1).

Vésicatoire au bras ; entretenir la suppuration, non-seulement pendant toute la durée du traitement, mais encore pendant un mois après ; calomel, six grains tous les huit jours ; quatre tasses d'infusion de fleurs de pensée, dans le courant de la journée ; quelques bains généraux ; régime tonique : viandes rôties ; café de glands de chêne, etc.

Le traitement fut commencé dans les premiers jours du mois de mai ; le 18 du même mois, la guérison était complète ; et bien loin que la santé de cette jeune fille se montrât altérée par la disparition si prompte de l'affection cutanée, elle s'améliora, au contraire, car la jeune Marie acquit de l'embonpoint, et son teint, auparavant si pâle et si jaunâtre, prit une remarquable fraîcheur.

P.... Rose, âgée de six ans, était atteinte depuis deux ans de favus ; sa mère était sur le point de la soumettre au cruel traitement de la calotte ; mais avant de se décider elle vint me demander conseil et savoir de moi si elle ne pourrait pas employer un traitement plus doux. Je lui proposai la suie en pommade et en lotion, et les autres moyens indiqués dans la précédente observation : vésicatoire, calomel, etc. Ce traitement fut accepté et commencé de suite (30 juillet 1834). Je vis cette enfant après neuf jours de traitement (8 août). Je fus étonné du changement avantageux survenu dans la maladie : on remarquait seu-

---

(1) Le mode de préparation de ces pommades m'a été indiqué par M. Blaud.

lement quelque poiuts rouges répandus sur le cuir chevelu. Comme madame P... habitait une campagne en province, distante d'environ sept lieues de Bellegarde, elle ne put me conduire son enfant que quinze jours après cette visite (23 août), il n'existait pas la plus légère trace de la maladie. Il y eut une rechute à l'époque de l'équinoxe du printemps de l'année suivante. Les mêmes moyens furent mis en usage, et la guérison eut lieu en moins de vingt jours et sans récidive.

Le 15 juin 1838, Jeanne Delarue, âgée de sept ans, ayant tout le cuir chevelu recouvert de teigne, surtout les tempes et la partie postérieure de la tête, fut soumise au même traitement que les malades précédents. Dans moins de vingt jours il n'a plus existé de trace de cette affection.

Henriette Gibelin, âgée de quatorze ans, maigre, ayant le teint plombé, un air souffrant, atteinte depuis l'âge de quatre ans de teigne faveuse très-intense, me fut amenée dans le courant du mois d'août 1838. Avant de commencer l'emploi de la suie, je fis prendre à cette jeune fille plusieurs bains sulfureux : ce fut le 18 août qu'elle les commença ; le 25, lotions et pommade avec la suie ; vésicatoire aux bras ; quatre tasses d'infusion de fleurs de pensée pour les vingt-quatre heures ; calomel huit grains tous les huit jours ; continuation des bains sulfureux ; le 10 septembre, après seize jours de traitement, le cuir chevelu, entièrement nu, était complétement débarrassé de l'éruption faveuse.

Mademoiselle Julie B..., âgée de vingt ans, avait été atteinte, dans son enfance, de favus ; il y avait environ cinq ans que cette affection avait disparu, je ne sais trop à l'aide de quel moyen. Depuis lors une espèce de dartre crustacée, occupant la joue droite et s'étendant jusqu'au nez et à la commissure des lèvres de ce côté, s'était manifestée. Elle avait consulté plusieurs médecins et essayé de tout ; elle vint me trouver dans le courant du mois de mai 1834, et me demanda en grâce de la guérir au plus tôt, vu qu'elle était invitée aux noces de l'une de ses parentes, qui devaient avoir lieu dans un mois, et que cette dartre, qui la défigurait horriblement, l'empêcherait d'en faire partie, ce qui serait pour elle une grande contrariété. Je prescrivis l'usage de tisanes dépuratives, l'application d'un vésicatoire au bras droit, les lotions et la pommade de suie. Je fis au préalable appliquer des cataplasmes sur la dartre pour faire tomber les croûtes. Aussitôt qu'elle eut fait usage des lotions et de la pommade, il ne se forma plus de nouvelles croûtes. La dartre guérit dans moins de vingt jours, laissant cependant sur le lieu qu'elle avait occupé une rougeur foncée, qui disparut ensuite complétement.

Le nommé M..., de Tarascon (Bouches-du-Rhône), âgé de douze ans, d'un tempérament lymphatique, vint, dans le courant du mois de mai 1836, réclamer mes soins. Il avait plusieurs croûtes de teigne faveuse répandues sur le cuir chevelu, et une induration de la lèvre supérieure et des ailes du nez, qui étaient d'un rouge brun; la muqueuse de l'intérieur du nez était excoriée, et il en suintait un mucus sanieux qui se transformait en croûtes épaisses lesquelles interceptaient le passage de l'air et exhalaient une odeur infecte. M... avait eu, étant plus jeune, les ganglions des parties latérales du cou engorgés, et était atteint depuis environ deux ans de la maladie pour laquelle il venait me consulter. Je fis établir un vésicatoire à demeure à l'un des bras; je prescrivis de couvrir les parties du cuir chevelu, siége de la teigne, avec la pommade de suie et de faire des lotions à chaque pansement avec la décoction de suie; je recommandai de plus au malade de baigner dans la même décoction le nez et la lèvre supérieure, et d'aspirer de temps en temps le liquide avec les narines afin de le mettre en contact avec les points de la muqueuse nasale affectés : ces bains locaux devaient être répétées trois ou quatre fois par jour. Je prescrivis en outre les bains de Baréges factices, le jus de carotte avec addition du sirop de Portal, le café de glands de chêne, etc. J'avais aussi ordonné les bains de mer. Dans l'espace d'environ un mois le jeune M... fut délivré de sa dégoûtante maladie, à tel point que ses parents crurent pouvoir se dispenser, malgré mon avis, des bains de mer, qui auraient consolidé une guérison aussi prompte qu'inattendue. Le mal néanmoins ne récidiva point.

M. de V..., âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament éminemment nerveux, était sujet à une dartre squameuse au scrotum, qui se manifestait toutes les années à l'époque du printemps, et disparaissait ensuite au commencement de l'hiver. En 1835, cette dartre reparut comme à son ordinaire, mais il survint en même temps un prurit intolérable au pourtour de l'anus; ce prurit était si violent que tout le système nerveux en était ébranlé.

C'était moins pour sa dartre que pour ce prurit que M. de V... vint réclamer mes soins; il avait déjà employé divers moyens qui lui avaient été conseillés, mais sans succès. Je prescrivis, mais sans effet, les lotions alcalines avec le sous-carbonate de potasse, conseillées par M. Trousseau, dans le prurit des parties extérieures de la génération chez la femme (1); j'essayai les lotions et les bains sulfureux, les pommades de belladone, de jusquiame, etc. Ces divers moyens n'apportaient

(1) Voyez *Bulletin de Thérapeutique*, tome III, page 105.

qu'un calme passager, enfin, dans la supposition que ce prurit pourrait bien être sympathique de l'affection squameuse, je prescrivis, indépendamment des moyens généraux : suc d'herbes, dépuratifs, etc., des bains de siége avec la suie et des onctions avec la pommade de cette substance. La dartre céda bientôt, mais le prurit persista encore quelque temps et finit enfin par céder aussi, aux onctions avec la pommade.

On aura remarqué, en lisant les observations que je viens de rapporter, que j'emploie, indépendamment de la suie, divers autres moyens, tels que les vésicatoires, les purgatifs, etc., et que j'insiste d'autant plus longtemps sur leur usage que la maladie cutanée que j'ai à traiter est plus ancienne. Il est facile de comprendre le but que je me propose; c'est de prévenir, à l'aide de ces moyens, des métastases qui pourraient être funestes; car on sait que plusieurs maladies graves de la tête et de la poitrine ne sont que trop souvent la déplorable conséquence d'une suppression trop brusque de la teigne.

« La teigne primitive, dit Pierre Frank (1), ne demande guère d'autres remèdes que des topiques. Cependant lorsque la maladie est ancienne, il convient, pour plus grande sûreté, d'établir un exutoire, par exemple, un vésicatoire au bras ou à la nuque, un fonticule..... il n'est pas moins utile de purger de temps en temps le malade. »

D'autres autorités, non moins imposantes, ont fait la même recommandation, et mon expérience m'a appris combien il était imprudent de ne pas s'y conformer.

LABLACHE, D.-M.,
à Bellegarde (Gard).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LA RESTAURATION DE LA LÈVRE INFÉRIEURE,

Par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La restauration de la lèvre inférieure, rendue nécessaire par l'ablation des tumeurs cancéreuses qui y prennent naissance, peut se faire par la traction vers la ligne moyenne des parties externes que le mal n'a pas envahies, et qu'on a pu conserver, ou par le soulèvement de la peau du menton et du cou, dans lequel on engouffre le maxillaire inférieur en s'aidant de la flexion forcée de la tête. La première mé-

(1) Méd. pratique trad. par Goudareau, tome II, page 533.

thode, celle qu'on met ordinairement en usage, n'est applicable qu'au cas où le cancer est borné à une partie de la lèvre; car si l'extension du mal oblige d'enlever la totalité de celle-ci, les bords de la plaie sont trop difficiles à réunir, et l'ouverture de la bouche est rendue trop étroite. La seconde, applicable aux cas plus graves, n'est pas sans inconvénient : de quelque manière qu'on l'exécute, qu'on suive le procédé de Chopart, celui de M. Roux de Saint-Maximin, ou celui de M. Lisfranc, en disséquant une partie de la peau du cou, on s'expose à la formation d'abcès dans le tissu cellulaire lâche de cette région; quel que soit l'assujettissement auquel le malade s'astreigne, en maintenant la tête constamment fléchie, on doit craindre que la lèvre nouvelle ne se maintienne pas à la hauteur qu'atteint naturellement le bord libre de la lèvre inférieure; et lors même qu'elle se maintiendrait à cette hauteur, dépourvue de muscles, elle serait incapable de se prêter aux mouvements si variés qu'exigent les fonctions de l'ouverture de la bouche. Si bien que lorsqu'on est obligé d'enlever la lèvre inférieure, la méthode ordinaire, par rapprochement des bords de la division, est insuffisante, et que la méthode par transport de la peau du cou expose à quelques accidents et n'assure pas un résultat parfait. Dans cette difficulté une méthode nouvelle est nécessaire; celle que M. Malgaigne a découverte, sans avoir encore pu la mettre à exécution, me semble réunir toutes les conditions désirables. Voici comment l'auteur décrit cette méthode à la page 430 de son Manuel de médecine opératoire : «Dans la restauration de la lèvre inférieure, il nous paraît qu'on parviendrait à combler les pertes de substance les plus larges, et obtenir une lèvre mobile par le procédé suivant qui se rattache à la méthode ancienne, et que nous n'avons vu décrit nulle part. *Nouveau procédé.* Toutes les parties dégénérées doivent être enlevées par une incision en V. » (Je ne transcris que ce qui a rapport au cas où cette incision suffit pour enlever la totalité du mal.) « Il convient alors de prolonger les angles de la bouche de chaque côté par une incision transversale, et de disséquer de façon à obtenir deux lambeaux triangulaires. On en réunira les bords verticaux sur la ligne médiane à l'aide de points de suture. Quant au bord supérieur, tout ce qui dépassera l'étendue que l'on veut donner à la lèvre sera également recousu à l'autre bord de l'incision horizontale. Il résulte de ce procédé que les joues seules contribuent à former la lèvre, dont le bord libre est constitué par le bord saignant de l'incision horizontale. De cette manière la lèvre nouvelle contient des fibres appartenant à l'orbiculaire et à ses antagonistes, elle est recouverte en arrière par une muqueuse naturelle, et même on peut couvrir son bord libre par la muqueuse, en se servant du procédé de Dieffenbach.»

J'ai mis ce procédé en usage dans les deux cas suivants, où le résultat a merveilleusement répondu à mon attente.

Obs. I. — M....., commandant au sixième léger, d'une forte constitution, âgé de quarante-trois ans, se fit opérer, dans un hôpital militaire, au mois d'octobre 1838, d'un cancer qui occupait à peu près le tiers de la lèvre inférieure. La réunion n'ayant été faite que d'une manière incomplète, et une partie du mal n'ayant pas été extirpée, la plaie ne put se cicatriser complétement, la répullulation fut immédiate, et, trois mois après la première opération, le malade, dans un état voisin du désespoir, vint se confier à nos soins.

La tumeur cancéreuse ulcérée occupait alors tout le bord libre de la lèvre inférieure, à l'exception de trois ou quatre lignes vers les angles de la bouche, elle s'étendait, en diminuant de largeur, jusqu'à la partie adhérente du menton. M. le commandant, ayant été préparé par la diète, et par deux purgations successives, fut opéré de la manière suivante : à l'aide de deux incisions en V, faites dans les parties saines, j'enlevai complétement la masse cancéreuse. Après cette ablation il ne restait de chaque côté que deux lignes du bord libre de la lèvre, et l'incision s'étendait jusqu'à la partie moyenne du menton. Les parties molles environnantes furent détachées en tous sens du maxillaire inférieur, dans l'étendue d'un pouce sur les côtés, et de quelques lignes en bas; deux incisions transversales, d'un demi-pouce de long, furent faites de chaque côté dans le prolongement de la commissure des lèvres. La réunion fut opérée sur la ligne moyenne, à l'aide de quatre épingles disposées comme dans la suture entortillée; il ne fut pas nécessaire de faire de suture transversale, car la traction exercée sur la partie inférieure de la joue était telle, qu'en bas presque tout le bord saignant des divisions horizontales correspondait à la muqueuse de la lèvre supérieure.

Aucun accident ne suivit cette opération, le malade fut d'une attention extrême à éviter tout mouvement des lèvres, il ne but qu'au biberon, et il écrivit sur une ardoise tout ce qu'il eût à faire reconnaître sur son état.

Le cinquième et le sixième jour, je retirai les quatre épingles que j'avais placées, la réunion étant opérée dans toute l'étendue de la plaie perpendiculaire; quelques points de sa surface étaient seuls en suppuration. Les épingles avaient coupé profondément les parties qu'elles embrassaient, et il restait surtout en haut des ulcérations assez profondes dans les parties qu'occupaient leur tête et leur pointe On aurait pu facilement prévoir ces ulcérations en réfléchissant à la force qui était nécessaire pour maintenir rapprochés les bords d'une plaie, résultat d'une si vaste déperdition de substance. La surface libre de la lèvre nouvelle

était formée dans le tiers moyen par les côtés de la lèvre normale intimement rapprochés, et par une plaie sur les deux tiers externes.

Trois semaines furent nécessaires, après l'avulsion des épingles, pour que la cicatrisation de toutes les surfaces suppurantes fût achevée.

A cette époque la cicatrisation du bord libre était si complète, la muqueuse avait été si bien rapprochée de la peau par le tissu inodulaire, qu'il était impossible de distinguer la portion qui appartenait à la lèvre naturelle et celle qui était due à la lèvre de nouvelle formation. La cicatrice perpendiculaire et celles des plaies produites par la pression des épingles étaient à peine apparentes, on ne reconnaissait aucune trace sur les côtés de la bouche de l'incision transversale. Toutefois la lèvre nouvelle était si tendue au-devant de la mâchoire inférieure qu'elle ne pouvait se mouvoir, et que la partie qui s'élevait au-dessus des dents se renversait sur leur bord libre, et était prise entre les mâchoires durant la mastication.

La lèvre supérieure faisait une saillie très-marquée sur l'inférieure.

Peu à peu les mouvements de la bouche diminuèrent l'inégalité de longueur des deux lèvres, et six semaines après l'opération, lorsque le malade quitta l'hôpital, la prononciation était nette, la mastication facile; et sa moustache servant en partie à expliquer la prédominance de la lèvre supérieure, il était dans un état si satisfaisant que des personnes purent le voir sans se douter qu'on lui eût fait une opération.

La guérison de M. le commandant n'était pas encore complète, que j'eus à enlever la totalité d'une lèvre cancéreuse, chez un homme de quarante-deux ans. En réfléchissant à l'étendue du mal qui envahissait celle-ci jusqu'aux deux commissures de la bouche, je compris que si je me contentais, comme dans ma précédente opération, de réunir par la suture entortillée, les épingles pourraient bien couper les parties qu'elles traverseraient, puisque chez M. le commandant, où j'avais conservé quatre à cinq lignes de la lèvre, elles avaient presque entièrement produit cette section. J'avais ouï dire, il y a quelques années, que M. Gerdy avait appliqué avec succès la suture enchevillée à l'opération du bec de lièvre; M. Mayor avait aussi vanté dans cette opération un mode de suture analogue, où l'inévitable boulette de coton est substituée au morceau de bougie ou de sonde que l'on emploie dans le procédé ordinaire. Je pensais donc à réunir les bords de la plaie dans le cas que j'avais en vue avec la suture enchevillée, et, pour juger de sa valeur, j'exécutai sur un cadavre l'opération suivante : après avoir enlevé par une incision en V, dont les deux extrémités divergentes commençaient aux deux angles de la bouche, la totalité de la lèvre inférieure; fait deux incisions horizontales partant des commissures, et

disséqué les lambeaux, je traversai les deux lèvres de la plaie, à quatre lignes de leurs bords, par des fils doubles à l'aide desquels je fixai, suivant les procédés connus, deux morceaux de sondes de gomme élastique de la longueur de la plaie perpendiculaire. Je fus satisfait de la facilité avec laquelle ce genre de suture rapprochait les bords écartés de la division; mais comme ce rapprochement n'était intime qu'à la partie profonde et que la réunion était imparfaite superficiellement, je passai dans les lèvres de la plaie et entre les deux chevilles perpendiculaires de petites épingles qui, avec le fil qui allait de leur tête à leur pointe, opéra une coaptation parfaite. Cette combinaison de la suture enchevillée et de la suture entortillée me parut heureuse, et je résolus de l'employer dans l'opération que je projetais.

Une autre observation m'avait frappé en étudiant les suites de la premiere opération que j'avais faite, je veux parler de la saillie formée par la lèvre supérieure au-devant de la lèvre nouvelle, qui, tendue, restait immédiatement appliquée sur les os. Pour faire disparaître cette différence, qui du reste tend à s'effacer avec le temps, pour donner à l'une et à l'autre un relief à peu près égal, je pensai à prolonger d'un pouce de chaque côté l'incision transversale. Cette longue incision devait me permettre, d'effacer la lèvre supérieure, en tirant en arrière le bord de la plaie qui lui faisait suite et en la fixant par la suture dans cette position nouvelle.

Bien arrêté sur ces modifications, je pratiquai l'opération suivante chez le malade dont je vais rapporter l'histoire.

Obs. II. — Un homme de quarante-deux ans, affecté d'un cancer qui envahissait la totalité de la lèvre inférieure depuis son bord libre jusqu'à sa partie adhérente, vint se faire traiter dans le mois de janvier 1839, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Guidé par les réflexions et les expériences que je viens d'exposer, je l'opérai de la manière suivante:

Deux incisions, se réunissant en V et partant l'une et l'autre de l'angle de la bouche pour se réunir à la partie inférieure du menton, ayant servi à détacher toutes les parties malades, je disséquai les lambeaux latéraux et les séparai du maxillaire inférieur dans l'étendue d'un pouce de chaque côté, et j'achevai les sections par deux incisions transversales de douze à quatorze lignes de long sur les côtés de l'angle des lèvres.

Je passai alors, à dix ou douze lignes des bords de la plaie, quatre fils doubles et dirigés transversalement, également distants les uns des autres, et formant un anse au côté gauche du malade. Une bougie en cire, d'un pouce et demi de long, de deux lignes de diamètre, étant placée dans les anses de ces fils; une autre bougie, de même longueur

et de même diamètre, fut placée entre les deux extrémités de ces fils, qui, nouées sur elles, ramenèrent au contact et avec une merveilleuse facilité les bords de la plaie perpendiculaire. Ici comme sur le cadavre la coaptation n'étant exacte qu'en arrière de la solution de continuité, j'en affrontai régulièrement les bords par la suture entortillée faite à l'aide de petites épingles. Je m'occupai ensuite des plaies transversales, dont je réunis les parties postérieures à l'aide de deux épingles, après avoir tiré en arrière le bord qui faisait suite à la lèvre supérieure, qui fut effacée et appliquée sur le maxillaire à l'aide de cette facile manœuvre.

Les suites de cette opération furent très-simples. Le quatrième jour, ayant vu un peu de suppuration se former dans les parties comprimées par l'extrémité supérieure des bougies, je coupai les fils qui les maintenaient adhérentes. Elles se détachèrent sans peine, n'ayant produit dans les points qu'elles comprimaient qu'une légère ulcération de trois à quatre lignes. Le sixième et le septième jour j'enlevai les épingles. Celles qui unissaient les bords de la plaie perpendiculaire n'avaient rien déchiré, aucun effort ne portait sur elle.

La surface libre des plaies transversales qui était venue prendre la place de celui de la lèvre naturelle était en suppuration. Elle se cicatrisa peu à peu, et la troisième semaine après l'opération elle était lisse et rosée, et l'on aurait eu peine à la distinguer du tissu normal. La lèvre supérieure, tendue sur les os sous-jacents, ne faisait aucun relief sur l'inférieure; la prononciation était nette, quoique la lèvre de nouvelle formation fût tellement tendue qu'elle ne pouvait se mouvoir et restait adhérente aux os. Les cicatrices en croix qui partaient de la bouche étaient assez apparentes par leur teinte rouge qui tranchait sur celles des parties environnantes; mais lorsque cette teinte se sera effacée, il n'est pas douteux que la trace des incisions ne disparaisse presque entièrement.

Les résultats de ces deux opérations furent également satisfaisants, et bien que dans le début celui qui avait été obtenu par le second procédé parût supérieur à l'autre, l'égalité fut en quelque sorte rétablie à la fin du traitement. Chez le commandant la lèvre supérieure débordait la lèvre nouvelle; chez le second malade les cicatrices latérales étaient apparentes et nuisaient à la beauté du résultat. Aussi, en pareille circonstance, j'opérerais comme je l'ai fait dans les deux cas précédents, c'est-à-dire que si je pouvais conserver quatre à cinq lignes du bord libre de la lèvre inférieure, je me contenterais de courtes incisions transversales de manière à éviter toute cicatrice sur le côté, et que, dans le cas seulement où j'enleverais la totalité de la lèvre, je ferais de longues incisions transversales.

La combinaison de la suture entortillée et de la suture enchevillée mérite d'être conservée dans tous les cas où l'on est obligé de faire une grande déperdition de substance, et d'après les essais que j'ai faits sur le cadavre, elle permettrait d'obtenir le rapprochement des bords de la division, bien qu'avec toute la lèvre on enlevât de quatre à six lignes des joues. La pression des deux chevilles fait marcher sans peine à la rencontre l'un de l'autre les bords de la plaie pendant trois à quatre jours, elle maintient leur rapprochement sans produire d'ulcération, et si plus tard on est obligé de les enlever pour arrêter l'ulcération commençante, la réunion est déjà faite, et les épingles, qui n'ont rien déchiré puisque rien ne tendait à écarter les bords de la plaie qu'elles rapprochent, maintiennent cette réunion jusqu'à une consolidation parfaite.

On conçoit comment, dans les cas difficiles que je suppose, cette combinaison des sutures rend inutiles les procédés peu rationnels que l'on a exposés ou mis en usage, pour faciliter le rapprochement, tels que la résection d'une partie de la mâchoire inférieure, ou même l'incision courbe de Celse à la partie postérieure des joues.

Les bords saignants de la plaie avec lesquels on remplace le bord libre des lèvres doivent être abandonnés aux changements naturels que la cicatrisation y amène. Ce fut une idée heureuse et utile que celle de M. Diffenbach, de réunir la muqueuse à la peau sur le bord d'une plaie faite dans le but d'agrandir la bouche trop étroite, mais c'est une extension inutile et peu physiologique que celle d'appliquer la même opération aux surfaces saignantes qui viennent prendre la place du bord libre de la lèvre inférieure. Dans ce dernier cas, la cicatrice opère avec sûreté, comme on l'a vu dans les observations précédentes, la réunion que l'on se hâte inutilement de produire par la suture. L'adhérence des parties supérieures et inférieures de la plaie horizontale que l'on doit prévenir lorsqu'on agrandit la bouche, et à laquelle obvie si bien le procédé de M. Dieffenbach, n'est plus à craindre dans la restauration de la lèvre inférieure, puisque son bord saignant correspond à la muqueuse de la supérieure, qui ne peut se réunir avec elle.

A l'aide des précautions que j'indique et qui m'ont si bien réussi dans les deux cas que je viens de faire connaître, l'opération de M. Malgaigne me paraît appelée à prendre une place importante parmi celles qui sont destinées à restaurer les lèvres, et je m'estime heureux d'avoir démontré le premier, par des faits cliniques, l'utilité d'une méthode ingénieuse, qui n'avait reçu jusqu'ici aucune application.

BONNET.

REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE COMPLIQUANT LES HERNIES.

L'hydrocèle est le plus souvent une maladie fort simple, d'un diagnostic et d'un traitement faciles; l'expérience de tous les jours est là pour rassurer les praticiens les plus timides lorsqu'ils veulent en entreprendre la cure radicale. Il est cependant deux ordres de complications qui peuvent en rendre le diagnostic obscur, et embarrasser au moment où on est appelé à pratiquer la ponction et l'injection; ces complications, il faut les chercher vers l'anneau inguinal, d'une part; vers le testicule et le cordon, de l'autre; d'où l'importance de ce précepte : que, dans toute opération d'hydrocèle, quelle que soit, du reste, la simplicité du cas, le chirurgien doit toujours diriger son attention : 1° sur le testicule et le cordon; 2° sur l'état de l'anneau inguinal.

Laissant de côté pour le moment et les hydrocèles avec maladie du testicule et l'hydrocèle simple, nous dirons quelques mots de l'hydrocèle suite et complication des hernies. Avec M. le professeur Velpeau, nous en reconnaissons deux espèces principales : l'hydrocèle vaginale et l'hydrocèle du sac herniaire. L'hydrocèle du sac offre trois variétés sous le rapport de son mode d'origine et de coïncidence : 1° elle se montre en même temps que la hernie; 2° après elle, soit immédiatement, soit longtemps après la réduction; 3° dans un vieux sac herniaire.

1° L'hydrocèle vaginale suite de hernie, et existant en même temps que cette dernière, réclame, lorsqu'on l'opère, certaines précautions fort importantes: ainsi, avant de se décider à enfoncer le trois-quarts, il faut réduire avec soin les viscères. Si la hernie est irréductible, il faut s'assurer du siége précis de l'épanchement séreux et de la position relative de l'intestin ou de l'épiploon. On doit faire ces recherches avec d'autant plus d'exactitude, qu'il faut non-seulement éviter ces organes, mais encore le sac herniaire. On se guidera dans cette exploration par la consistance des parties, leur rapport avec le testicule, enfin, par la transparence; mais ce dernier signe ne doit pas être consulté seul, il faut y joindre encore la fluctuation.

On ne doit pas oublier que l'opération de l'hydrocèle, dans ces cas, a le double avantage de guérir cette affection, et de prévenir un étranglement herniaire consécutif. Voici comment cet accident arrive : la cloison commune à l'hydrocèle et à la hernie, sans cesse distendue par l'accumulation de sérosité, d'une part, et la pression des viscères, de l'autre, s'amincit, s'éraille et se perfore; dès lors l'ancien sac vient à communiquer avec une nouvelle cavité, dans laquelle s'engage la

hernie, comme à travers un autre anneau dont le siége serait au point de la perforation. On a vu des hernies scrotales passer ainsi dans la tunique vaginale et s'y étrangler plus tard. Dupuytren a eu l'occasion d'en observer plusieurs cas ; M. Velpeau en a rencontré pour sa part deux ou trois exemples. L'indication est toute simple : il faut débrider sur le siége du resserrement comme on le fait à l'anneau inguinal ou à l'anneau crural.

Il importe de ne pas confondre cette circonstance avec celle où une descente accompagnée d'hydrocèle viendrait à s'étrangler. Si alors on a la précaution d'inciser largement la tunique vaginale en même temps que les enveloppes herniaires, on guérit du même coup les deux affections, et l'on fait cesser l'étranglement dans la tunique vaginale, s'il a lieu dans ce point ; d'où l'on pourrait donner le précepte suivant : dans toute hernie compliquée d'hydrocèle, ouvrir largement la tunique vaginale en même temps qu'on incise les enveloppes de la hernie : si l'étranglement a son siége dans le point déchiré de la tunique vaginale, on le fait cesser ; si c'est vers l'anneau inguinal, on débride dans ce sens, et l'opération de l'hydrocèle se trouve en même temps terminée.

2° L'épanchement de sérosité dans le sac herniaire s'observe si souvent qu'on ne devrait pas, à la rigueur, le considérer comme une maladie à part ; mais il devient dans certains cas si considérable qu'il efface les caractères de la hernie (on a vu depuis deux onces jusqu'à deux à trois litres de sérosité) ; alors c'est une véritable complication qu'il faut traiter à part.

M. Velpeau, qui a rassemblé les cas principaux d'hydrocèle du sac herniaire observés jusqu'ici, rapporte l'observation d'un homme qui entra à l'hôpital Saint-Antoine avec une tumeur énorme des bourses, et tous les symptômes de l'étranglement intestinal. On pratiqua immédiatement l'opération de la hernie étranglée, en incisant couche par couche avec précaution, comme cela est de précepte. Après l'incision du sac, il s'écoula environ deux litres de sérosité ; alors on ouvrit largement. De cette manière on arriva sur une tumeur ovoïde formée par une masse assez consistante et de couleur noirâtre : c'était l'épiploon et l'intestin étranglé.

Depuis cette époque, M. Velpeau dit avoir observé quatre ou cinq exemples de ce genre. M. Malgaigne en a signalé un autre. Ce même épanchement a été encore observé par M. Velpeau dans un cas de hernie crurale ; il y avait autour de l'intestin et de l'épiploon deux verres de sérosité.

Dans les cas où il y a étranglement, on trouve réunis tous les signes de l'hydrocèle : tumeur fluctuante, transparente, etc., et en même

temps les symptômes de l'étranglement. L'opération de l'hydrocèle n'est alors qu'un accessoire, ou mieux un des préliminaires de l'opération de la hernie proprement dite ; mais il se pourrait bien aussi que la présence de cette grande quantité d'eau jouât un certain rôle dans la production de l'étranglement.

Il n'est pas toujours facile de juger exactement de la quantité d'eau épanchée dans le sac ; souvent la mollesse de la tumeur épiploïque et une fort petite portion de liquide pourront en imposer ; c'est ce qui arriva dans le fait suivant, remarquable à plus d'un titre.

Observation. — Un hommme âgé de trente-cinq ans environ, d'une taille élevée et d'une bonne constitution, fut affecté, il y a douze ans, d'une tumeur qui se développa dans l'aîne gauche à la suite d'un effort, avec tous les signes rationnels d'nne hernie : un bandage fut appliqué ; néanmoins elle se reproduisit plusieurs fois. A l'aide de la pression et de la position horizontale, la réduction fut longtemps complète. Depuis quelques années, la tumeur ne rentrait jamais tout à fait : il restait quelque chose dans les bourses ; le bandage devenait donc non-seulement insuffisant, mais encore dangereux. A son entrée à la Charité, le malade, couché au n. 1 de la salle Sainte-Vierge, présente l'état suivant : il existe une tumeur globuleuse, souple, élastique et bien distincte, à la partie inférieure et antérieure de la moitié gauche du scrotum, qui paraît doublée de volume ; au-dessus du testicule on sent une seconde tumeur, plus volumineuse, sphéroïdale, présentant de la fluctuation et de la transparence, non douloureuse à la pression (c'était sans oucun doute de la sérosité) ; enfin on constate la présence d'un cylindre mou, paraissant formé de plusieurs cordons juxtaposés et se prolongeant en haut dans le canal inguinal, en bas vers le testicule ; si on presse sur la paroi antérieure de la fosse iliaque de manière à la déprimer, on constate que la portion arrondie qu'on maintient au-dehors est tiraillée, et qu'il y a continuité ; le testicule est facilement déplacé, porté en différents sens, surtout en avant : on l'isole et on le circonscrit assez bien.

Le diagnostic était assez difficile : procédant par voie d'exclusion, on élimina d'abord l'hydrocèle simple, dans laquelle le testicule n'est pas en bas et en avant, dans laquelle cet organe, enveloppé par l'eau, ne peut être ni déplacé ni senti aussi exactement ; ce n'était pas non plus une hydrocèle par infiltration du cordon : rien ne l'indiquait. Était-ce davantage une hydrocèle enkystée du cordon ? Celle-ci, lorsqu'elle se rapproche beaucoup du testicule, peut être confondue avec l'hydrocèle de la tunique vaginole ; mais ce n'est pas ce qui avoit lieu, puisque la tumeur s'en éloignait, et le laissait isolé ; ce n'était pas non plus une hydrocèle enkystée, dans laquelle on trouve le cordon exactement isolé au-dessus et au-dessous de la tumeur ; ce ne pouvait être qu'une hydrocèle enkystée fort rapprochée du canal inguinal ; mais la circonstance d'une hernie existant naguère, la présence dans le sac d'une portion de la tumeur, tout donnait à penser que c'était une hydrocèle du sac herniaire, sans toutefois l'établir d'nne manière trop certaine. On fit bien attention au volume du cordon ; M. Velpeau insista sur ce point ; mais on ne songea pas à autre chose avant la ponction ; celle-ci, pratiquée avec le trois-quarts ordinaire dans la partie fluctuante de la tumeur (le 27 février au matin), ne donna issue qu'à deux cuillerées de sérosité, au

lieu d'un verre sur lequel on comptait ; il fallut à deux reprises différentes revenir à la ponction. On s'aperçut alors que cette portion arrondie et volumineuse, qu'on croyait être le cordon seulement, était constituée en grande partie par une masse assez irrégulière, qui se continuait en haut dans le canal inguinal. On pensa donc alors que l'ancienne hernie était une entéro-épiplocèle ; que l'intestin seul avait été réduit ; que l'épiploon, resté dans le sac, avait contracté des adhérences, comme cela se voit souvent ; que le bandage avait pressé sur lui et avait contribué encore à altérer sa forme et sa structure. Il y avait autour de cette partie solide une petite quantité de liquide uniformément répartie : d'où le volume considérable de la tumeur, l'apparence de fluctuation ; ce qui explique l'erreur de diagnostic, qu'il était fort difficile d'éviter.

Quoi qu'il en soit, depuis la ponction et l'écoulement de cette petite quantité de liquide, aucun symptôme inquiétant n'est survenu ; à peine y a-t-il eu un peu de douleur et d'inflammation. L'injection ne fut pas jugée nécessaire ni praticable dans un si petit espace : on y renonça.

Il survint un peu de gonflement les jours suivants ; mais cela n'alla pas plus loin. Bientôt la tumeur épiploïque se dessina plus exactement ; on s'aperçut au bout de peu de jours qu'on pouvait la déprimer, puis la réduire en partie ; enfin le 6 mars cette réduction fut complétement obtenue.

Le malade a quitté la Charité le 8. La hernie est exactement réduite. Il portera un bandage.

3° L'hydrocèle qui survient après la réduction d'une hernie peut se développer de deux manières différentes : l'épanchement est aigu, il se fait immédiatement après la réduction, ou bien il se montre beaucoup plus tard. Deux exemples du premier genre se trouvaient à la fois à l'hôpital de la Charité, il y a dix-huit mois. L'un d'eux est relatif à un jeune homme, porteur d'une hernie inguinale, chez lequel se développèrent les symptômes de l'étranglement ; M. Velpeau parvint à réduire la tumeur ; quel fut son étonnement de la voir reformée le lendemain ? Les symptômes de l'étranglement persistaient ; on donna des purgatifs, qui déterminèrent des selles et firent cesser les accidents. L'intestin n'était donc pas pincé ; s'il l'était, on est obligé d'admettre une réduction instantanée par les purgatifs, sinon de rapporter les accidents à une rétention des matières. L'existence de la sérosité formée rapidement dans le sac ne fut plus un sujet de doute : on fit la ponction, qui donna issue à du liquide ; une injection iodée amena la cure radicale.

L'autre malade, porteur d'une hernie entéro-épiploïque qui avait plusieurs fois donné lieu à des symptômes d'étranglement, que la réduction avait fait cesser, vint à la Charité pour de nouveaux accidents. M. Velpeau ne put faire rentrer qu'une partie de la tumeur (l'intestin), l'épiploon resta ; mais les accidents avaient disparu. Le lendemain la tumeur avait prodigieusement augmenté de volume : les accidents ne

revinrent point. Ce n'était donc point une nouvelle masse d'intestins; cela fut confirmé par l'examen avec la bougie : la tumeur était transparente. M. Velpeau se conduisit de la même manière que dans le cas précédent, et obtint le même succès.

Quand on réfléchit à l'influence que doit exercer une portion d'intestin ou d'épiploon restée plusieurs jours en contact avec une surface séreuse, à l'influence irritative que celle-ci doit en ressentir, et en même temps de la part des pressions extérieures, lorsqu'on a fait des efforts de réduction, on comprend facilement que, pour peu que l'orifice du sac soit oblitéré ou disposé à se refermer, l'exhalation séreuse augmentée doit nécessairement donner naissance à une accumulation d'eau.

Du reste, je crois que dans ces cas il ne faut pas se presser d'opérer; qu'il faut compter beaucoup sur la force de résorption, qui contrebalancera, et dépassera même à une certaine époque l'énergie de l'exhalation. On sait très-bien, par une foule d'expériences, qu'au milieu des tissus enflammés ou simplement irrités, l'absorption devient très-faible, si elle n'est pas complétement nulle; que dès l'instant, au contraire, que la sensibilité, comme le disait Bichat, revient à son type normal, alors l'absorption, comme endormie, se réveille et déploie une nouvelle activité. Ceci peut être vérifié dans une foule de cas, et spécialement dans la plupart des phlegmasies récentes, accompagnées toujours d'une augmentation de sécrétion : dans la pleurésie, la péricardite, la péritonite; on en voit tous les jours un exemple à la suite de l'opération de l'hydrocèle par injection.

Le diagnostic de cette variété d'hydrocèle n'est pas toujours très-facile, surtout lorsque toute la tumeur herniaire n'a pas été réduite et qu'une portion plus ou moins solide reste encore dans le sac. Il importe surtout de consulter les circonstances amnestiques, l'existence antécédente d'une hernie, et surtout de symptômes d'étranglement qui ont disparu depuis la réduction ; on s'aidera en outre des signes communs à tous les épanchements de liquide. Si la tumeur qui s'est reproduite est en totalité aqueuse, transparente, formée rapidement, il n'y aura plus de doute. On ne manquera pas, pour plus de sûreté, de rechercher jusqu'à quel point l'ouverture supérieure est large et perméable, et jusqu'à quel point aussi, en comprimant le canal sur la branche horizontale du pubis, il est possible de l'oblitérer entièrement, au moins pendant quelques instants.

Il n'est pas douteux que cette variété d'hydrocèle du sac ne ressemble beaucoup à l'hydrocèle congénitale proprement dite. Le point important à considérer pour le traitement est, dans l'un et l'autre cas, la communication de la cavité extra-péritonéale avec la grande surface

séreuse ; et comme on s'est beaucoup élevé contre la cure par injection de l'hydrocèle congénitale, il devait en être ainsi pour l'hydrocèle du sac. La doctrine régnante actuelle blâme en principe cette opération : on craint non-seulement de faire passer l'injection dans le ventre, mais encore de voir s'y étendre une phlegmasie suppurative développée dans le sac.

D'abord nous dirons, avec M. Velpeau, que la crainte du premier passage est tout à fait illusoire aujourd'hui ; on sait combien il est facile de fermer l'orifice supérieur dans l'hydrocèle congénitale, au moyen de la compression bien faite sur le canal inguinal ; mais les chirurgiens ne redoutaient pas tant cela que l'extension de l'inflammation. C'est dans le but de la borner, de l'empêcher de gagner par en haut, que les chirurgiens ont proposé des pelottes et divers bandages compressifs. On pouvait avoir cette crainte d'une trop vive inflammation lorsqu'on se servait, comme autrefois, du vin chaud, et la crainte aussi du passage à la partie supérieure lorsqu'on en faisait une injection abondante ; mais depuis l'heureux emploi de l'injection iodée froide, la plupart de ces dangers ont disparu ; il n'est besoin que d'une petite quantité de liquides ; on peut même ne pas tout évacuer après l'injection, ainsi que l'a fait plusieurs fois le chirurgien de la Charité, sans aucun inconvénient. On pourrait s'appuyer encore, pour soutenir cette pratique, sur deux cas relatifs, l'un à une injection de vin, l'autre à l'injection d'eau-de-vie, dans lesquels des accidents inflammatoires qui se développèrent du côté du ventre se terminèrent heureusement. Enfin, ajouterions-nous, on a été plus loin : on a injecté du vin, de la vapeur d'eau-de-vie, pour obtenir la cure radicale de l'hydropisie du péritoine ; et plusieurs malades ont guéri.

Nous ne voudrions pas, du reste, trop insister sur ces faits ; mais il était bon au moins de les opposer à ceux qu'une crainte exagérée empêche de pratiquer une opération qui n'a rien de grave en elle-même. Quant à la conduite à tenir dans le cas où une portion de la tumeur herniaire n'aurait pu être réduite, elle ne diffère pas sensiblement de celle que nous avons indiquée pour le cas précédent. Il y a toutefois plus de ménagements à prendre, et lorsqu'on exerce la compression pour oblitérer le canal inguinal, et lorsqu'on fait la ponction pour vider le liquide, pour ménager ce qui reste dans le sac. Toutefois je ne pense pas qu'on doive rien tenter, non-seulement lorsqu'on a la certitude de la présence de l'intestin, mais encore dans des cas où son existence serait douteuse ; il est prudent de s'abstenir, à moins d'un volume considérable de la tumeur ; alors on se bornerait à la ponction sans injection. Du reste, M. Velpeau a fait quatre opérations de ce

genre dans des cas de hernies irréductibles, l'orifice supérieur étant par cela même tout à fait oblitéré autour de l'organe hernié. Il n'y eut dans ces cas ni plus ni moins d'inflammation et de suppuration, peu de réaction; la guérison fut solide chez les quatre malades.

4° Les épanchements de sérosité dans les vieux sacs herniaires s'observent encore assez souvent. L'hydrocèle alors n'est pas en général d'un volume considérable; elle présente parfois ceci de particulier, qu'il existe deux ou trois renflements pleins de liquide séparés par autant de rétrécissements. Il arrive quelquefois que ces tumeurs ne communiquent pas les unes avec les autres, et que les cloisons sont complètes dans les cas où des hernies se sont reproduites à diverses reprises, ainsi que l'a signalé M. J. Cloquet. Ledran avait déjà vu des exemples de cette disposition moniliforme.

On comprend qu'il sera fort difficile de distinguer l'hydrocèle d'un vieux sac herniaire, qu'il y ait ou non cette dernière disposition, de l'hydrocèle enkystée du cordon. Comme dans celle-ci, la partie supérieure du sac représente un filament ordinairement assez rétréci, et c'est ce rétrécissement qui isole la sérosité et empêche la formation de nouvelles hernies. Le souvenir qu'aura le malade de cette affection pourra faire soupçonner au chirurgien l'espèce d'hydrocèle à laquelle il a affaire; mais comme l'existence d'une ancienne hernie n'est pas un préservatif de l'hydrocèle enkystée, pas plus qu'une cause nécessaire d'épanchement de sérosité dans un sac oblitéré à son orifice supérieur, on ne peut rien établir d'une manière positive et sans appel.

Quant au diagnostic différentiel de l'hydrocèle dans un vieux sac herniaire et des variétés précédentes, il est si facile que nous ne nous y arrêterons pas; du reste l'obscurité que nous venons d'avouer n'a qu'une importance tout à fait secondaire; qu'il y ait hydrocèle enkystée du cordon ou hydrocèle dans un sac ancien, oblitéré, le traitement est le même: c'est toujours la ponction et l'injection. Ici encore les avantages du mélange de teinture d'iode (une partie pour deux parties d'eau) doivent être mis à profit: pas de distension, qui pourrait déchirer quelques brides; inflammation certaine et bornée dans son degré et son étendue en surface; peut-être une action résolutive spéciale; moins de douleurs..... tout cela doit être pris en considération.

Nous avons signalé, je crois, les points les plus importants, sous le rapport pratique, de l'histoire de l'hydrocèle considérée comme complication de hernie. Il y aurait, pour compléter cette étude, à traiter avec quelques détails des transformations variées de l'épiploon dans ces différentes circonstances; mais ce sujet mériterait à lui seul un article à part; nous aurons donc à y revenir.

Nous n'avons rien dit de certaines tumeurs aqueuses qu'on a mal à propos confondues avec l'hydrocèle dans les cas qui viennent de nous occuper ; je veux parler des tumeurs formées par une portion plus ou moins étendue de la vessie, par l'ovaire affecté d'hydropisie enkystée, etc.; car il existe une bien grande différence entre l'accumulation de sérosité dans le sac et les hernies de ce genre : je ne voulais qu'en rappeler l'existence ou la possibilité. Il est bon d'avoir présentes à l'esprit ces diverses circonstances lorsqu'on va opérer une hernie ou une hydrocèle, et dans les cas surtout où, la tumeur renfermant plusieurs éléments, le diagnostic se complique, et avec lui le traitement. Nous n'avons pas besoin d'ajouter en terminant qu'on ne saurait trop insister sur leur étendue spéciale et individuelle : tout le monde sait que dans l'histoire des hernies il est fort difficile d'établir quelque chose *a priori* : on doit avoir beaucoup et bien vu pour juger et opérer sûrement.

CHIMIE ET PHARMACIE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'USAGE ET LE MODE D'ADMINISTRATION DES POUDRES ET DES EXTRAITS.

La pharmacie possède une espèce de médicaments (les extraits) classés à juste titre parmi ceux qui rendent le plus de services à la thérapeutique ; cependant beaucoup de médecins, au nombre desquels nous pourrions citer le chirurgien en chef de la Pitié, en ont abandonné l'usage et leur préfèrent les plantes elles-mêmes réduites en poudre. Cette défaveur qui pèse sur les extraits n'est souvent, il faut l'avouer, que trop bien méritée ; des pharmaciens, qui oublient avec quelle puissance la chaleur agit sur les principes actifs des végétaux, préparent leurs extraits à *feu nu*, et font ainsi de médicaments pour la plupart très-énergiques des médicaments inertes et sans propriétés.

Mais de ce qu'on n'apporte pas toujours le soin nécessaire à la préparation de ce genre de médicaments, est-il juste, ainsi que l'ont fait MM. les docteurs Roche et Delens, dans la séance de l'Académie du 22 mars 1838, est-il juste de frapper de proscription générale tous les extraits, et cela sans examen et sans distinction du mode de préparation auquel ils ont été soumis?

Les judicieuses remarques faites à cet égard par M. Arrault, pharmacien, et qu'il a bien voulu nous communiquer pour en faire le fonds de cet article, nous ont appris que, loin d'être aussi heureuse qu'on le

pense, la substitution des poudres ne peut qu'être préjudiciable à la thérapeutique.

On comprendrait la préférence donnée aux poudres si les parties constituantes d'une plante étaient toujours entre elles dans des rapports rigoureusement exacts, et si surtout la partie active, médicamenteuse, se trouvait avec les autres éléments dans une proportion invariable; mais cela n'est pas, cela ne peut pas être : qui ne connaît en effet la double influence de l'atmosphère et du terrain sur la végétation? Qui ne sait que les principes élémentaires d'une plante varient non-seulement d'un terrain à un autre, mais encore sur le même terrain, selon que la plante a été recueillie à des périodes diverses de sa végétation? Qui ne sait enfin que les plantes médicinales ne sont l'objet d'aucun soin, d'aucune culture, et que leur récolte et leur dessiccation, abandonnées à la plus aveugle routine, sont loin de s'opérer dans des circonstances semblables.

Or, ces prémisses posées, qui voudra se charger de prouver que les poudres fournies par le végétal, qui n'a fait que changer de forme, n'offriront pas dans leur nature la même variabilité, et dans leurs effets thérapeutiques la même incertitude.

En d'autres termes, voilà deux grains de poudre de ciguë, par exemple; dans l'un l'élément actif sera aux autres éléments organiques de la plante comme 1 est à 10; dans l'autre la proportion sera de 1 à 20; un troisième grain offrira le rapport de 1 à 15. Comment sera-t-il possible alors de baser un traitement raisonné sur un médicament dont l'action n'est toujours que plus ou moins problématique, subordonnée qu'elle est à la composition intime et incessamment changeante du médicament lui-même? Ne comprend-t-on pas qu'à chaque instant on se trouvera exposé à enfreindre une loi fondamentale de thérapeutique qui enjoint de prescrire à dose graduellement ascendante les produits pharmaceutiques doués d'une énergie particulière, comme le sont la plupart des extraits ou poudres que j'ai plus spécialement en vue.

Pourquoi, dans l'administration des remèdes aussi actifs, le médecin débute-t-il par une dose infiniment petite? C'est qu'il ne veut pas rompre brusquement les habitudes prises de l'économie, en lui imposant de vive force, pour ainsi dire, un modificateur contre l'énergie duquel elle n'aurait pas pu se prémunir; par cette conduite tempérée, il tâte la constitution, lui donne l'éveil, en quelque sorte, et la dispose ainsi, et par degrés insensibles, à une réaction salutaire et en rapport avec l'administration ultérieure du même médicament à dose plus élevée.

Eh bien! je le demande : est-on maître de remplir cette sage indica-

tion avec un agent thérapeutique dont il n'est pas possible de connaître, même approximativement, les propriétés actives.

Commence-t-on une médication dont la durée est encore un problème, on prescrit pour la première fois un grain de poudre végétale : il arrivera souvent que, dans ce premier grain donné comme expression du degré le plus faible, et par conséquent incapable de porter une atteinte nuisible à la constitution, il arrivera, dis-je, que l'élément actif sera aux autres éléments du végétal comme 1 est à 15 ou comme 1 est à 20; à la seconde administration du médicament, la proportion pourra être comme 1 est à 10; où sera la progression, je le demande? Violent malgré soi au début de la médication, malgré soi, toujours, on devient trop faible consécutivement; il y a plus : c'est qu'arrivé à l'époque ou soir et matin un grain de cette poudre sera pris par le malade, on se flattera souvent en vain d'augmenter la dose et de doubler son efficacité curative, car il adviendra certainement que les deux grains administrés contiendront quelquefois moins de parties actives que le premier grain ingéré par le malade, quoique leur volume soit d'ailleurs plus considérable. On voit donc qu'il n'y a qu'infidélité et erreur à attendre de l'emploi des poudres dans la plupart des circonstances; je dis plus : il y a danger, et ici j'en appelle à l'expérience médicale. N'a-t-on pas vu la première administration d'un seul grain de poudre de ciguë (que je prends pour exemple) déterminer des nausées, des envies de vomir et un sentiment de chaleur depuis le pharynx jusqu'à l'estomac? Sans doute on expliquera ces phénomènes par une prédisposition individuelle ; sans vouloir la nier, elle peut au moins paraître une excentricité fort bizarre, surtout quand on voit tant de sujets chez lesquels le médicament est bien supporté.

Poursuivons : on cesse l'emploi du remède, puis, plus tard, sur la même personne, dans les mêmes circonstances, on le reprend à la même dose; cette fois il ne produit aucun accident. On dira que l'idiosyncrasie a changé; à cela on ne peut répondre ni par oui ni par non; car l'idiosyncrasie est une entité abstraite, sans forme, sans couleur, à l'usage de toutes les opinions qui ont cours dans la science. Sans doute il faut y croire, mais dans de certaines limites, et ici, au lieu de cette explication trop vague, n'est-il pas plus raisonnable de faire porter sur le médicament, dont le vice est matériellement démontré, l'incohérence des résultats produits par son administration; hier il contenait à volume égal une plus forte dose d'éléments actifs; aujourd'hui il en contient une dose plus faible. Voilà, ce me semble, qui explique très-simplement la différence dans les effets.

Les nombreux inconvénients qui se rattachent à l'emploi des pou-

dres disparaissent devant l'administration des extraits (j'entends des extraits bien préparés), car enfin *un grain d'extrait* de telle ou telle plante sera toujours *un grain d'extrait, qu'il ait fallu vingt, cinquante, cent grains de poudre pour le produire*; et ainsi le praticien n'agit plus en aveugle, il a pour se guider une règle fixe, invariable; il peut faire, en un mot, de la thérapeutique rationnelle, la seule qu'un bon esprit puisse avouer, car en dehors d'elle il n'y a plus qu'heur ou malheur.

Il est une autre question de médecine pratique qui ne me semble pas moins digne d'intérêt que la précédente.

La *forme pilulaire* est celle adoptée généralement pour faire prendre les extraits?

Mais ce mode d'administration est-il bien sans inconvénient?

Le corps pilulaire est en général très-dense, très-compacte; quelque petit qu'il soit, il oppose, par sa nature, une certaine résistance à l'action dissolvante des sucs gastriques; si d'autre part on tient compte de l'énergie de divers extraits (comme ceux de ciguë, de belladone, d'aconit, etc.) n'est-on pas fondé à croire que le corps pilulaire, par ses qualités physiques, peut exercer une fâcheuse influence sur l'estomac? Dans les maladies en général, et surtout dans les maladies chroniques, cet organe, dont les sympathies nombreuses et variées sont si facilement mises en jeu, devient fréquemment le siége d'une irritation nerveuse qui trouble l'harmonie de ses fonctions en diminuant ses forces digestives.

Dans cet état de choses, il était important de rechercher, pour l'administration des extraits, une autre forme. C'est pour obvier aux inconvénients du corps pilulaire dont nous avons vu l'ingestion déterminer de la douleur, de la chaleur, et quelquefois une sorte d'indigestion, que M. Arrault propose la formule suivante :

Sucre très-beau et en poudre très-fine. . . une once.
Extrait de . . . . mou très-rapproché. . seize grains.

Les deux substances dont se compose ce mélange, auquel son auteur donne le nom de *sucre d'extraits de . . . . .*, sont dans les rapports suivants : un demi-gros de ce sucre contient un grain d'extrait, ce qui donne un volume trop petit pour ne pas être pris facilement et surtout sans dégoût dans une très-petite quantité de véhicule, de l'eau, un sirop, par exemple.

Cette préparation pharmaceutique nous paraît remplacer très-heureusement les pilules, que certaines personnes ne peuvent pas avaler ou n'avalent qu'avec difficulté et répugnance. Conservés sous cette

forme, M. Arrault s'est assuré que les extraits ne s'affaiblissent pas, car ils n'attirent plus l'humidité de l'air, ce qui est pour eux une cause si puissante d'altération; enfin, en raison de l'extrême division où se trouvent leurs molécules, ils sont plus facilement digérés et leur absorption est plus prompte. F. A.

TAFFETAS AGGLUTINATIF PRÉPARÉ A L'ICHTHYOCOLLE POUR PANSEMENTS.

On prend quatre onces de colle de poisson (ichthyocolle), on les introduit dans une bouteille, on ajoute sur ce produit assez d'eau-de-vie pour qu'il en soit couvert, on fait macérer au bain-marie, et quand l'ichthyocolle est entièrement dissoute, on place la bouteille dans un endroit frais. Si les proportions de colle et d'eau-de-vie employées sont convenables, la solution doit, en se refroidissant, avoir une consistance gélatineuse assez grande pour former une masse qui résiste à l'impression du doigt.

Lorsqu'on veut se servir de cette préparation pour en recouvrir des bandelettes et faire un pansement connu en Écosse sous le nom de pansement à l'eau, pansement qui a été introduit à l'hôpital royal d'Édimbourg par M. Hey, on met la bouteille contenant la colle gélatineuse dans de l'eau chaude; quand la colle est fondue, on l'étend sur des bandelettes de toile cirée coupées d'avance et qui servent à faire les pansements.

SUR LA PRÉPARATION DE L'HYDROSULFATE DE SOUDE CRISTALLISÉ, PAR M. GUÉRANGER.

Depuis la publication du nouveau Codex, l'hydrosulfate de soude cristallisé étant devenu un médicament officinal, destiné à entrer à haute dose dans la préparation des bains de Baréges, il a bien fallu introduire dans le laboratoire du pharmacien la préparation de ce sel. Cependant celui qui, pour la première fois, se mettra en devoir d'entreprendre cette opération, pourra bien éprouver quelque mécompte s'il suit à la lettre les indications du Codex, qui se trouvent déjà consignées dans les pharmacopées les plus récentes.

Par exemple, si l'on fait passer pendant trois heures un courant d'acide hydrosulfurique dans quatre ou cinq livres de solution de soude caustique à 25° de l'aréomètre de Baumé, la liqueur s'échauffe et le gaz ne cesse pas d'être absorbé. Cependant, à la fin l'absorption est

moins forte, ce que l'on reconnaît surtout à la température du mélange, qui diminue graduellement et finit par se mettre en équilibre avec le milieu dans lequel il se trouve placé. Si alors on laisse la liqueur en repos dans un endroit frais, elle ne cristallise pas dans l'espace de quinze jours, ni même d'un mois. Si l'on recommence à y introduire du gaz, il continue d'être absorbé quoique plus lentement, sans lui donner la propriété de fournir des cristaux. Mais si on la met sur un feu très-doux dans une capsule de porcelaine, il se dégagera du gaz sulfhydrique, il se formera bientôt une pellicule à sa surface, et la liqueur refroidie donnera au bout de quelques heures une abondante cristallisation; le même résultat aura lieu si l'on sature l'excès du gaz par une solution de soude caustique. Tous ces faits sont d'accord avec ceux énoncés dans l'excellent mémoire de M. Félix Boudet, sur les eaux sulfureuses (*Journal de Pharmacie*, février 1832).

Dans l'intention de faire disparaître ces inconvénients, M. Guéranger propose les proportions suivantes pour la préparation de l'hydrosulfate de soude cristallisé :

Prenez :	Solution de soude caustique à 29° Baumé.	10 liv.
	Limaille de fer.	2
	Fleur de soufre.	1
	Acide sulfurique étendu.	Q. S.

On combine le fer avec le soufre par la méthode de M. Gay-Lussac, c'est-à-dire en les mêlant ensemble dans une petite chaudière de fer, y ajoutant de l'eau en quantité suffisante pour en faire une bouillie très-claire, on met le tout sur le feu, agitant toujours avec une spatule de fer jusqu'à ce que la matière entre en ébullition ; alors il se fait un grand dégagement de calorique, on retire du feu et l'on agite toujours jusqu'à ce que la masse commence à se refroidir. Alors on l'introduit dans le ballon qui doit servir au dégagement du gaz. M. Gay-Lussac conseille de faire cette combinaison dans le ballon lui-même; mais il arrive assez souvent que le ballon se brise lorsqu'on opère sur les quantités ci-dessus indiquées.

La matière étant introduite dans le ballon, on y ajoute assez d'eau pour qu'elle en soit recouverte de la hauteur d'un pouce ou environ. Il ne s'agit plus que d'adapter à ce ballon un tube droit qui plongera légèrement dans cette eau et qui servira à l'introduction de l'acide sulfurique, et un autre tube recourbé qui conduira dans la solution de soude caustique le gaz sulfhydrique à mesure qu'il se produira. Il faudra faire la plus grande attention à ce que tout le gaz obtenu se rende dans la solution alcaline, et qu'il ne s'en perde point par les jointures du ballon.

On verse alors peu à peu l'acide sulfurique étendu par le tube droit; mais j'ai cru remarquer qu'il y avait avantage à l'employer de moins en moins étendu. Par exemple, si l'on a commencé à le mêler de huit parties d'eau, il sera bon d'arriver graduellement à quatre seulement.

Lorsque le dégagement du gaz se ralentit et qu'une nouvelle affusion d'acide n'y produit plus d'effet, il faut chauffer graduellement le ballon que l'on avait eu soin de placer sur un bain de sable et l'amener peu à peu jusqu'à la température de l'ébullition; alors il se produit de nouvelles quantités de gaz que l'on augmente encore en ajoutant de nouvelles proportions d'acide.

L'opération terminée, la liqueur est placée dans un endroit frais, à l'abri du contact de l'air, et l'on obtient, au bout d'un ou deux jours, selon la température du lieu, une masse de cristaux du poids de quatre livres au moins. On les égoutte sur un entonnoir et on les ramasse pour l'usage; mais il faut les manier avec beaucoup de précaution, car ils ont la propriété de dissoudre l'épiderme et les ongles avec une étonnante facilité. L'eau mère, mise dans des flacons bouchés, cristallise encore au bout d'un certain temps.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ de la Physiologie comparée de l'homme et des animaux; par Ant. Dugès, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, etc.; avec planches lithographiées.

A mesure qu'une science s'étend et se développe, les problèmes qu'elle pose se précisent davantage, et cette précision fait sentir de plus en plus la nécessité d'une solution plus complète. Pendant longtemps, en médecine, on n'étudia l'homme que dans l'homme; les études purement anatomiques, dans lesquelles on devait, ce semble, sentir immédiatement le besoin de s'éclairer d'études comparatives, furent elles-mêmes, jusqu'au dix-septième siècle, renfermées dans ce cercle étroit. On ne saurait en effet considérer comme des tentatives faites dans le sens des études dont nous parlons les rares recherches auxquelles on s'est livré dans l'enfance de la médecine sur l'organisation des animaux morts ou vivants; ce n'était là qu'une sorte d'équarrissage grossier, non de la science : comme nous l'entendons ici, l'intention scientifique même manquait. Depuis les études fortes et sévères de Marc-Antoine Severino, les choses allèrent tout autrement : les recherches se multiplièrent, et

conduisirent enfin MM. Cuvier et Geoffroy-Saint-Hilaire aux remarquables résultats que tout le monde connaît. D'admirables lois furent dès lors nettement formulées; la pensée même de Dieu, dans le plan de la création des êtres organisés, fut entrevue; la physiologie comparée ne resta point stationnaire au milieu de ce magnifique mouvement; elle est trop liée à la science de l'organisation pour qu'il en fût autrement; toutefois elle est loin d'avoir suivi dans ses progrès une marche aussi rapide. Cette différence dans la marche progressive de deux sciences qui, au premier coup d'œil, sembleraient devoir se développer parallèlement, cesse d'étonner lorsqu'on réfléchit que dans l'étude des fonctions des animaux, même d'un ordre inférieur, tous les phénomènes se compliquent, comme dans la physiologie de l'homme, du problème aux mille inconnues de la vie. Cependant si quelques-uns de ces importants problèmes sont à portée humaine, on comprend qu'une des voies qui peuvent le plus sûrement conduire à leur solution, c'est l'étude successive des modes de manifestation de la vie aux divers degrés de l'échelle animale; mais c'est là une étude immense qui, outre les difficultés inhérentes au sujet même qu'elle embrasse, rencontre dans ses recherches mille obstacles qu'il sera toujours difficile de surmonter. Un homme dont le monde savant déplore la fin prématurée, M. Dugès, ne s'est point laissé arrêter par ces difficultés : il venait d'achever un traité de physiologie comparée, lorsque la maladie est venue briser sa constitution frêle et délicate : c'est de cette œuvre posthume qu'il s'agit ici.

Conçu surtout dans la vue d'éclairer la physiologie de l'homme, tout dans cet ouvrage important, plan, recherches, déduction, est subordonné à cette idée fondamentale; nous nous empressons de signaler tout d'abord ce caractère essentiel du livre, parce que c'est à des médecins que nous parlons, et que c'est aussi aux médecins que ce livre s'adresse spécialement. Le plan général diffère à peine de celui qui est suivi le plus ordinairement dans les traités classiques de physiologie : nous n'exposerons point ce plan; il est connu de tous. Notre intention n'est point non plus de passer en revue les nombreuses divisions qu'une science aussi vaste a dû entraîner : nous nous bornerons à quelques observations générales sur quelques points qui nous ont paru les plus intéressants. Les considérations générales sur la vie, qui forment comme l'introduction du Traité de physiologie comparée, comme elles eussent pu en devenir le résumé ou le dernier corollaire, nous ont paru révéler à la fois le naturaliste profond et le médecin véritablement observateur. L'auteur examine ici les principales théories de la vie, les juge avec indépendance, et expose ensuite lui-même ses propres idées sur ce

mystérieux problème. Dans cette périlleuse discussion, nous avons remarqué avec un sentiment de profonde satisfaction, les réserves, nécessaires dans notre pensée, que fait M. Dugès en faveur du principe de l'intelligence et de la moralité humaines. il place tout d'abord en dehors du terrain des discussions physiologiques la nature de ce principe, qu'il croit lui également simple et immatériel. Cette réserve faite, il aborde hardiment toute question. Pour l'auteur, le principe de toute vie est l'agent nerveux; cet agent est de nature impondérable; il est formé non-seulement dans les centres, dans les masses principales du système nerveux, mais aussi dans les moindres parcelles de ce système, qui lui sert de cohibant tant qu'il n'y a pas nécessité qu'il agisse vivement sur les autres organes, et de conducteur dans le cas contraire; telle est aussi, comme on sait, l'opinion de Prochaska, Reil, Roland, Cuvier, Saint-Hillaire; etc.; mais beaucoup des auteurs qui admettent l'existence de cet agent le déclarent identique au fluide électrique: pour M. Dugès, rien ne démontre cette identité, qu'il combat, selon nous, victorieusement. Toutefois si les raisons qu'on a alléguées pour démontrer cette identité ne lui paraissent pas justifier cette conséquence, elles lui paraissent au moins établir clairement qu'il y a entre ces deux agents une analogie prochaine. Du reste, en cette matière, où, comme l'a dit Rousseau, le privilége des plus hautes intelligences est de la voir aussi obscure qu'elle l'est, le professeur de Montpellier ne paraît point avoir eu une opinion décidément arrêtée; il admet cette théorie plutôt qu'une autre parce que c'est celle qui lui paraît la plus propre à rendre compte de tous les phénomènes de la vie; mais il en eût fait aisément le sacrifice le jour où il eût rencontré un mode d'interprétation des faits plus rigoureux: c'est bien; n'est-ce point là en fin de compte notre pensée à tous? Sur un pareil sujet, quel est celui qui chaque jour ne se confesse à lui même ses doutes sous le manteau de sa cheminée? Nous le répétons: cette discussion, bien que, comme on le voit, elle n'aboutisse guère qu'à un doute, est pleine d'intérêt; elle expose clairement les idées les plus avancés de la science sur ce point, le plus obscur et pourtant peut-être le plus important de la physiologie. On lit également avec un intérêt soutenu les savantes discussions auxquelles l'auteur se livre pour arriver à déterminer par l'anatomie comparée les attributions spéciales des divers départements du système nerveux; ici le système de Gall, le magnétisme animal, quelques inductions tant soit peu aventureuses de nos équarrisseurs de chair vivante, sont fortement ébranlés. Tout ceci est exposé avec une grande lucidité, et apprécié au point de vue d'une critique fine, mais toujours rigoureuse. Nous pourrions encore faire ressortir quelques-unes des conséquences inattendues

auxquelles M. Dugès est arrivé sur les mouvements, la circulation, en s'éclairant, sur le mode de ces fonctions, de l'histoire physiologique des diverses séries des êtres vivants; mais nous craindrions de donner trop d'étendue à une simple notice analytique.

Pour finir, nous dirons que le Traité de physiologie comparée est loin d'avoir résolu toutes les questions qu'il pose; mais pour qu'elles fussent résolues il fallait les poser : M. Dugès l'a fait ; c'est un adieu au monde qui lui vaudra à la fois de la reconnaissance et des regrets de tout homme ami des sciences.

TRAITÉ théorique et pratique sur les Ulcérations organiques simples et cancéreuses de la matrice; par Duparcque, docteur en médecine. Seconde édition, entièrement refondue et très-augmentée.

Ceci est un ouvrage sérieux, substantiel, né de l'observation directe et consciencieuse des faits, jetant sur la pratique autre chose que la lumière phosphorescente des théories. Présenter l'analyse d'un tel ouvrage n'est point œuvre facile, précisément parce que l'auteur, scrupuleux observateur des faits, s'est beaucoup moins attaché à grouper ceux-ci d'une manière systématique qu'à bien faire ressortir leurs différences, soit de forme, soit d'origine, soit de nature quand celle-ci peut être saisie, différences qui, suivant le degré variable de leur importance, fondent en résumé les principales indications de la thérapeutique. Tel est le caractère le plus tranché de cet important ouvrage, fruit d'études longues, patientes, laborieuses; rarement le fait pratique y est perdu de vue. Cette méthode, qui révèle tout d'abord un esprit droit et positif, conduit M. Duparcque à multiplier les observations; c'est là un point important pour un livre de médecine pratique; une narration clinique bien faite éclaire souvent beaucoup mieux l'esprit que ne le fait l'histoire générale d'une maladie, dans laquelle se glissent beaucoup plus facilement les idées aventureuses des théories. Toutefois cette méthode a aussi un inconvénient, celui de faire perdre de vue l'ensemble général de la science, en multipliant trop les faits et en ne tirant de ceux-ci que des inductions partielles et isolées. Dans l'état actuel de la science, c'est une nécessité souvent, mais non toujours : M. Duparcque a passé entre les deux écueils sans se heurter à l'un ou à l'autre. Nous nous bornerons à ces simples réflexions sur l'ensemble de l'ouvrage, et passerons immédiatement à quelques points particuliers qui ont surtout fixé notre attention.

Les nombreuses applications que, dans ces derniers temps, on a faites du spéculum aux affections de la matrice, ont permis de constater

un certain nombre de lésions qui jusque-là avaient dû le plus souvent se soustraire aux recherches les plus attentives ; ces lésions sont surtout certains désordres de circulation et de nutrition, des injections variées, des ulcérations de diverses formes. On s'est tout d'abord singulièrement exagéré la gravité de ces différentes altérations. L'école anatomique et l'école physiologique, qui ne voient partout que des lésions locales, de nature indécise quelquefois pour l'une, de nature toujours identique au fond pour l'autre, n'ont point manqué de voir là le point de départ des lésions les plus graves ; de là la thérapeutique, d'une puissance souvent exagérée, qu'on a d'abord, dans un grand nombre de cas, opposée à ces affections. M. Duparcque, étudiant plus froidement les faits, a su se soustraire à ce dangereux entraînement : la partie de son livre où il traite de ces lésions simples n'est certainement pas la moins intéressante ; il admet que ces lésions, les ulcérations surtout, peuvent dépendre d'un grand nombre de causes différentes ; il en est qui se lient à un état diathésique de l'économie, et qu'on ne voit disparaître qu'en soumettant celle-ci à l'action de modificateurs généraux appropriés ; il en est d'autres qui sont dues à un état congestif du col de l'utérus, et qui ne cessent qu'avec cette condition anormale. Il est de ces ulcérations dont le caractère de bénignité est tel, qu'il lui a suffi, dans quelques cas, d'interdire le coït pendant un certain temps pour en obtenir la cicatrisation. C'est surtout dans de semblables cas qu'on a fait un déplorable abus de la cautérisation ; celle-ci doit être réservée, en général, pour les cas où des moyens plus simples ont échoué, car bien qu'elle soit d'une incontestable utilité dans un bon nombre d'occasions, elle peut aussi, employée intempestivement ou sans une circonspection prudente, entraîner des suites funestes ; l'auteur cite ici des faits qui affectent péniblement. Vient enfin l'ulcère cancéreux du col, ou le ***noli me tangere*** de la matrice, dont le diagnostic et le traitement sont admirablement tracés.

Un autre point sur lequel l'auteur nous paraît également avoir jeté les plus vives lumières, c'est l'état morbide qu'il appelle engorgement sanguin hémorrhagique. Quand l'utérus est demeuré pendant un certain laps de temps le siége d'une semblable lésion, sa texture s'altère, et cette altération peut entraîner le développement d'un état organique incurable ; mais cette transformation heureusement est lente et laisse le temps d'appliquer des moyens convenables pour la prévenir. L'étiologie de ce mode d'ulcération nous a paru parfaitement traitée, et elle a conduit M. Duparcque à établir ici, comme dans beaucoup d'autres cas, les bases de la thérapeutique la plus rationnelle.

Vient ensuite un ordre de lésions que M. Duparcque comprend sous

la dénomination commune d'engorgements durs de l'utérus. Nous croyons qu'ici l'auteur s'est laissé entraîner au delà des inductions de l'observation directe. Nous ne nions pas que, dans l'état actuel de la science, il ne soit fort difficile de distinguer un tissu phlegmasiquement induré de celui dans la trame duquel s'est développée la matière squirrheuse ou encéphaloïde à son premier degré d'évolution organique; mais nous pensons que ne point poser, au moins en principe, cette distinction fondée sur la nature même des choses, c'est l'empêcher dans l'avenir autant qu'il est en soi de le faire, et, dans tous les cas, introduire à cet égard dans la science une confusion funeste. M. Duparcque cependant aurait dû d'autant mieux sentir la nécessité de cette distinction, qu'à la fin de son ouvrage, lorsqu'il arrive au traitement du squirrhe ou du cancer confirmé, il reproche avec un peu trop de rigueur peut-être à un opérateur, habile d'ailleurs, d'avoir amputé dans plus d'un cas des cols utérins dont l'état de maladie ne justifiait pas un moyen aussi extrême; si cette distinction est si difficile que dans maint endroit de son livre l'auteur la déclare impossible, il nous semble que M. Lisfranc a bien pu, dans quelques-unes de ses opérations importantes, tomber malheureusement sur un de ces cas néfastes. Puisque nous avons nommé M. Lisfranc, nous ajouterons encore une chose à ce que nous venons de dire : nous reconnaissons de la manière la plus explicite que les travaux de M. Duparcque sur les maladies de l'utérus ont jeté un grand jour sur l'histoire, pendant longtemps si obscure, de ces affections; il faut bien aussi reconnaître cependant que le chirurgien de la Pitié n'a point été étranger au perfectionnement de ce point intéressant de pathologie : or, dans la large part que notre auteur s'attribue, n'y a-t-il rien que le chirurgien que nous venons de citer pût légalement revendiquer? Nous ne ferons que poser cette question, laissant à la probité scientifique de M. Duparcque le soin de la résoudre; pour nous, en faisant ici cette remarque, nous n'avons fait qu'obéir à un sentiment d'impartialité que personne ne saurait blâmer.

Mais laissons le terrain brûlant des personnalités, et finissons cette analyse, beaucoup trop concise pour un ouvrage si plein de choses, et disons un mot de l'ensemble de la thérapeutique développée dans le Traité des altérations organiques de l'utérus. Cette partie de l'ouvrage est sans contredit celle par laquelle il se recommande surtout à l'attention des praticiens. Les indications sont en général appréciées avec une justesse de coup d'œil et une sagesse de vues qui méritent les plus grands éloges. Quant aux moyens thérapeutiques, sauf quelques nouvelles applications, dont l'observation n'a point encore suffisamment justifié la pratique, ils ne sortent guère du cercle des moyens connus

et employés jusqu'ici. Dans notre esprit, loin que ce soit là un sujet de critique, c'est une des raisons qui ont le plus contribué à nous faire lui donner une approbation aussi explicite; car, comme nous l'avons dit ailleurs, la thérapeutique a plus à gagner à regarder en arrière qu'en avant. En somme donc, c'est là un excellent livre.

ŒUVRES COMPLÈTES DE JOHN HUNTER, traduites de l'anglais sur l'édition du docteur Palmer, avec des notes, par G. Richelot, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. — Livraisons 1 à 5.

Depuis quelques années il s'opère, au sein de l'école de Paris, un travail de transformation bien remarquable. La révolution de 89 n'avait pas seulement rompu avec le passé des idées politiques; il y avait eu comme une sorte d'interruption dans le cours des idées scientifiques; et quand Desault vint rétablir la chirurgie sur un nouveau piédestal, il négligea, à peu près complètement, l'histoire et la tradition pour s'en tenir à son observation personnelle. Son œuvre ne manqua cependant ni d'éclat ni de grandeur; il réussit à réveiller l'émulation, un moment assoupie, et à fonder une école dont le règne n'est point encore passé. L'observation, la nature, tels étaient les grands mots de cette école; elle ne voulait ni lire ni entendre, elle voulait voir, et pour elle l'anatomie était tout entière dans les amphithéâtres, la chirurgie dans les cliniques. Elle oubliait que l'observation est de tous les temps et de tous les pays; que la science est l'œuvre de tous et non d'un homme; et que ce qu'elle enseignait elle-même, elle le tenait presque entièrement de cette tradition qu'elle prétendait répudier. Elle dédaignait les recherches historiques, sous le nom de vaine érudition, et ne s'apercevait pas qu'elle encourait un reproche bien autrement grave, celui d'ignorance.

Une nouvelle génération s'est élevée, qui a mis en pratique des idées nouvelles. On s'est aperçu que s'il était bon de recourir à l'expérience des maîtres vivants, celle des maîtres morts avait cependant gardé son prix; et déjà de nombreux efforts ont été tentés pour relier les découvertes du passé aux découvertes modernes. Nous avons senti également que la chirurgie n'était pas uniquement renfermée dans Paris, ni même dans notre France, et, ayant commencé à demander aux étrangers ce qu'ils avaient tenté, nous avons trouvé que sur plusieurs points ils étaient en avant, et qu'il était bon de les suivre. Ainsi, sans diminuer en rien la juste importance attachée aux dissections et aux travaux cliniques, nous cherchons à les compléter par ces deux autres grands et puissants moyens de connaître : l'étude des anciens, l'étude des étrangers.

M. Richelot est certainement l'un des hommes qui, dans cette der-

nière direction, ont le mieux mérité de la chirurgie. A M. Chassaignac et à lui, nous devons de pouvoir lire en notre laogue, plus facilement que les Anglais eux-mêmes dans la leur, cette magnifique collection des œuvres de chirurgie de A. Cooper, naguère le rival de Dupuytren, aujourd'hui sans rival au monde. Voici une entreprise du même genre, un nouvel emprunt à faire sur la chirurgie anglaise, à laquelle d'ailleurs nous sommes assez riches pour le rendre avec usure. Il y avait, parmi les hommes qui ont illustré cette chirurgie, une réputation à part, que le temps n'avait fait qu'accroître parmi ses compatriotes, tandis que sur le continent nous avions peine à la comprendre; le nom de John Hunter, que les Anglais prononcent rarement sans y joindre l'épithète de *grand*, et que nous avions même quelque peine à élever au niveau de celui de Pott, son contemporain, et de Cheselden, leur devancier à tous deux. D'où vient cette étrange diversité d'opinion? Sans aucun doute, il faut en accuser avant tout la difficulté de lire les œuvres de Hunter, pour la plupart non traduites, et de plus éparses dans des collections rares, et d'un abord difficile pour les Anglais eux-mêmes. Enfin le docteur Palmer s'est chargé d'élever à la gloire de son compatriote un monument impérissable, en recueillant toutes ses productions; et, grâce à M. Richelot, les lecteurs français pourront à leur tour étudier et apprécier les découvertes du grand Hunter.

Déjà cinq livraisons de cette traduction ont paru; le premier volume est complet, et le second est commencé. Ce premier volume comprend une notice détaillée sur la vie et les travaux de Hunter; puis un résumé de ses leçons sur la chirurgie, recueillies et rédigées par ses élèves. Après avoir lu ces leçons, avec une attention toujours soutenue par un intérêt toujours croissant, nous nous étions proposé d'en donner une analyse qui pût donner au moins une idée des principes et de la manière de procéder de J. Hunter; mais plusieurs questions y sont écourtées à dessein, parce que l'auteur les a lui-même largement traitées dans les ouvrages qui vont suivre; et nous avons senti le besoin de nous bien pénétrer d'abord de la doctrine de cet homme extraordinaire, avant d'en porter un jugement qui serait, quant à présent, prématuré.

Nous n'avons pas voulu cependant attendre plus longtemps pour féliciter M. Richelot de son œuvre, et l'encourager de tout notre pouvoir. Les œuvres de Hunter devront faire partie de la bibliothèque de tout chirurgien amoureux de son art; et, ce qui n'est pas sans importance, la beauté de l'impression et des planches lithographiées en feront un livre de luxe, en même temps qu'un livre excellent. Les trois volumes qui suivront contiendront le traité sur les dents, le traité de la syphilis, le traité de l'inflammation, et les nombreux mémoires de

Hunter sur l'histoire naturelle, l'anatomie, la physiologie et la chirurgie ; quand toutes ces richesses se seront déployées sous nos yeux, nous reviendrons sur cette belle entreprise, et nous essaierons d'apprécier la valeur des travaux et de la renommée de Hunter.

MALGAIGNE.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

PARALLÈLE DU SYSTÈME DE BROWN ET DU SYSTÈME DE BROUSSAIS.

« On doit des égards aux vivants, on ne doit aux morts que la vérité. (VOLTAIRE.)

La mort de M. Broussais a inspiré aux journaux de médecine des articles qui ne font pas assez connaître l'origine et le fond de son système. Il est d'ailleurs mis en parallèle avec celui de Brown d'une manière qui n'est pas toujours exacte, impartiale et suffisante.

Je n'ai point attendu la mort de M. Broussais pour dire à son sujet les vérités qui intéressent la science médicale. « Le système de ce médecin, véritable brownisme retourné et empreint des couleurs de Botal, de Pujol, de Ferrein, repose sur un fait en quelque sorte indifférent aux grandes vues de l'hygiène, de la pathologie et de la thérapeutique, etc. » (*Voyez* De l'État présent des hommes considérés sous le rapport médical, page 169.)

La comparaison des deux systèmes fera voir que celui de Broussais n'est que le *brownisme retourné*, expression louée qui est à moi et que l'on a attribuée à tel autre médecin.

Système de Brown.	*Système de Broussais.*
1° La vie résulte de l'action des excitants sur un principe excitable, l'excitabilité.	1° La vie ne s'entretient que par le stimulus.
2° Tout ce qui agit sur nous est excitant, stimulant.	2° Tout ce qui augmente les phénomènes vitaux est excitant.
3° Le corps n'est susceptible que d'un excitement convenable, excessif ou défectueux.	3° La vitalité ne peut être que normale, augmentée ou diminuée; elle n'est pas modifiable d'une autre manière.
4° Les agents stimulants n'agissent que de l'une de ces trois manières, modérément, trop, ou trop peu, relativement aux besoins du corps.	4° L'excitation est nécessairement normale, trop, forte ou trop faible. La quantité peut varier, et non la qualité.
5° Il n'existe donc que deux sources de maladie, l'excès ou le défaut d'excitement, de stimulus.	5° L'état pathologique n'est donc que l'exagération ou la diminution de l'état physiologique.

6° Il y a deux sortes de débilités, l'une directe et l'autre indirecte.

6° Il existe deux sortes d'asthénie, qu'il importe de distinguer ; l'une est primitive et l'autre consécutive.

7° Il n'y a donc que deux grandes classes de maladies : les sthéniques et les asthéniques, lesquelles ne diffèrent que par le degré de l'hypersthénie et de l'asthénie.

7° Selon que les excitants sont trop ou pas assez vifs, l'excitabilité augmente ou diminue. Arrivée au degré anormal, l'excitation s'appelle irritation, et l'irritation portée à un haut degré prend le nom d'inflammation.

Toutes les altérations pathologiques sont engendrées par l'irritation ou l'abirritation, défaut d'excitement, et ne diffèrent que par leur intensité.

8° Puisqu'il n'existe que deux sources, deux classes de maladies, il ne saurait y avoir que deux plans généraux de cures.

Il n'existe que deux classes de médications, de remèdes ; les uns qui excitent, les autres qui affaiblissent. L'action médicamenteuse se réduit en définitive à stimuler ou débiliter relativement à l'état du corps.

8° Il n'y a que deux classes de maladies, maladies irritatives et maladies abirritatives. Il n'y a en thérapeutique que deux indications : exciter les parties débilitées, affaiblir les parties surexcitées.

Les médicaments sont partagés en deux classes : les uns excitent, les autres dépriment la vitalité.

9° Les maladies et les remèdes n'ont pas une autre nature ; la spécificité des unes et des autres est imaginaire.

9° La considération des vices syphilitiques, dartreux, scrofuleux, est une chimère.

L'irritation est toujours une, et se réduit à l'exaltation des phénomènes sur le point irrité. La prétendue vertu spécifique de certains remèdes n'est qu'une supposition absurde.

10° Les excitants ne conviennent que dans les maladies asthéniques ou par défaut de stimulus. Les débilitants ne sont appropriés qu'à l'état sthénique, à l'excès de stimulus.

10° La médication tonique ne convient qu'aux maladies par débilité primitive. La médication débilitante n'est indiquée que dans l'excès d'irritation.

11° On peut se représenter la vie humaine, depuis son principe jusqu'à sa fin, comme une échelle formée de toutes les déviations de la santé vers l'un ou l'autre des deux extrêmes d'excès ou de défaut d'excitation. Il y a partout identité d'état ; mais à des degrés différents, identité de l'excitement qui commence avec la vie et qui finit à la mort.

11° L'excitation normale, l'abirritation, la surirritation et l'inflammation, ne sont que le même état à des degrés différents. Pour comprendre ce fait, on peut supposer une échelle ascendante dont chaque échelon représente un degré de l'excitation. Tant que l'excitation est dans le mode normal, il y a santé ; au-dessus et au-dessous de ce degré, il y a maladie par irritation ou par abirritation.

Jusque-là on trouve la plus grande identité entre les deux systèmes. La généalogie browuienne du système physiologique est évidente. Les principes, les idées, le point de départ, les moyens et le but, enfin les phrases et les expressions de Broussais, tout appartient au modèle écossais.

Je vais maintenant indiquer les principa'es différences des deux systèmes, et l'on reconnaîtra même ici que Broussais puise à la même source pour parvenir à des fins différentes ou contraires.

Système de Brown.	*Système de Broussais.*
12° La très-majeure partie des maladies est asthénique. Les maladies sthéniques procèdent non pas de l'affection d'une partie, mais de l'excitement général qui est excessif.	12° Presque toutes les maladies procèdent d'irritation ou d'inflammation. Les maladies produites par l'irritation et l'inflammation sont toujours locales au lieu d'être entretenues par l'état général du corps.
13° La deuxième classe des maladies locales attaque les parties les plus excitables. Ici l'effet do l'affection locale se propage dans tout le corps par le moyen du système nerveux, des sympathies, ce qui donne lieu aux symptômes des maladies universelles. C'est ce qui arrive dans la gastrite, l'entérite, la métrite, maladies rares et produites par des agents locaux.	13° L'irritation primitivement locale se communique ensuite à d'autres systèmes organiques; elle est la cause des symptômes généraux et des maladies subséquentes qu'elle détermine par les sympathies nerveuses. Il n'y a donc pas de maladies générales. Les fièvres essentielles ne sont que des gastrites ou des entérites simples ou compliquées.

Je me borne à ce petit nombre de citations extraites, mot à mot, des deux auteurs que je mets en regard pour éviter toute contestation. Quant au reste de l'échafaudage scientifique de M. Broussais, on y retrouve la physiologie, la pathologie et la thérapeutique de Brown, déguisées et modifiées conformément aux exemples que je viens de donner.

Les différences tranchées tournent également contre les prétentions de M. Broussais, puisque l'on y voit distinctement l'esprit et même les expressions de l'école browuienne. La localisation des maladies est l'extension ou plutôt la métamorphose du principe de Brown sur les gastrites et les entérites que Broussais met à la place des fièvres essentielles, des hypersthénies générales.

C'est toujours le même esprit et les mêmes conséquences; toujours stimuler ou débiliter. Brown n'enseigne pas autre chose. Broussais ne sait pas s'écarter de son modèle. Brown ne s'égare et ne tombe guère sans l'entraîner dans sa chute. Brown, par exemple, a le mal-

heur de méconnaître la puissance médicatrice de la nature, et le médecin du Val-de-Grâce pèche aussitôt du même côté.

Brown fait dépendre les vésanies d'une cause asthénique ou locale, et Broussais les attribue, pareillement, à l'irritation ou à l'altération locale du cerveau.

Quant au rôle merveilleux qu'il fait jouer à l'irritation, il l'a emprunté à la médecine italienne. M. Broussais servait en Italie précisément à l'époque où le brownisme se divisa en deux sectes. Dans les journaux, dans les Facultés et les hôpitaux de l'Italie, on se déclarait pour ou contre le système de Rasori, de Borda, de Tomassini. On reconnaissait une classe de maladies universelles en apparence, mais locales en réalité, qui furent appelées irritatives ou maladies d'irritation. *Malattie che Brown chiama Locali, e dà me chiamate con altro nome men sogetto ad equivoci, col nome coie d'irritativa.* (Rubini.)

Quant à l'extrême fréquence de la gastrite, de l'entérite, Broussais a pu trouver dans Ferreiu toutes les exagérations dont son système est tissu.

Dans l'examen critique des systèmes anciens et modernes, Broussais suit encore l'esprit, la marche et même la mauvaise humeur de Brown, qui attaque Hippocrate, Galien, Boerhaave, Morton, Hoffmann, Sthall et Cullen. (Voyez la réfutation du système du spasme et de l'ancienne médecine, qui est jointe à l'Abrégé de la nouvelle doctrine médicale.) C'est le dernier ouvrage sorti des mains du célèbre réformateur écossais.

On peut assurer que la médecine française n'avait jamais subi une plus complète mystification. On ne le croirait pas si tout le monde ne l'avait vu : il avait fasciné l'intelligence et le jugement, même des hommes instruits. Voilà comment le passé de la médecine, les temps antérieurs à Broussais, ont été jugés avec une légèreté et une ignorance véritablement extraordinaires. Ses critiques mêmes lui ont accordé, du côté de l'invention, beaucoup plus qu'il ne mérite. Un des plus judicieux admire sa réfutation des anciens systèmes (la destruction du spasme et de l'humorisme et du système du spasme), toutes choses qui appartiennent à Brown. « C'est Broussais, dit-il, qui a élevé le jugement médical à la hauteur qui fait briller notre époque, qui a donné à la pathologie et à la thérapeutique l'heureuse direction qu'elle a partout, qui a introduit dans la langue de la science une précision inconnue jusqu'alors. » (Les Médecins français contemporains, Ire livraison.)

C'est ainsi que les contemporains ont le jugement faussé et l'esprit ébloui, faute d'érudition, de réflexion et de mesure. Y pense-t-on? La victoire était gagnée par le solidisme avant la naissance du prétendu

système physiologique. L'ensemble raisonné de la théorie et de la pratique nouvelles, de la pathologie et de la thérapeutique; la simplicité et l'uniformité des vues et de la conduite, enfin la précision du langage médical, la sévérité des raisonnements, etc., etc., tout cela existait avant l'apparition de M. Broussais. En un mot, la révolution complète de la médecine en Europe est l'ouvrage de l'école brownienne, et non celui de M. Broussais.

Ce n'est pas dire, il s'en faut bien, que tout fût vrai et utile dans la réforme brownienne. Les réformes commencent par la nécessité et finissent par l'abus. Ainsi le professeur du Val-de Grâce a rendu service à la médecine, en montrant les erreurs du brownisme et l'abus des stimulants. Ses égarements ont, de même, fini par frapper les bons esprits. On est revenu à Hippocrate, à Sydenham, à Stoll, à Morgagni : on associe les vérités de l'humorisme avec celles du solidisme et de l'anatomie pathologique.

Il y a loin, très-loin de l'un à l'autre réformateur, quoiqu'ils se touchent presque toujours, et marchent dos à dos après être partis du même point.

Lorsque Newton fit ses belles découvertes, il trouva d'excellents matériaux qui semblaient attendre un grand architecte. Les vérités principales de son système avaient été pressenties et même indiquées. Gilbert avait comparé la terre à un aimant; Kepler regardait le soleil comme un aimant plus actif encore : il lui accordait une vertu motrice, et il avait découvert les trois lois des corps célestes. Hook avait parlé de l'attraction qu'il croyait universelle. Galilée avait connu la loi de gravité; Descartes et Hyggens, la force centrifuge : Newton fit un corps parfait de ces vues éparses.

Le génie de Brown ne trouva point ces avantages. Dans les ouvrages d'Hippocrate, de Celse, de Baglivi, d'Hoffmann, on rencontre quelques idées isolées qui semblent browniennes; mais elles sont vaguement exprimées, elles n'ont ni antécédents ni suite, et ne conduisent pas plus à Brown qu'à Pinel et à Broussais.

Brown est le créateur de son système. Il reconstruit et réforme en entier l'édifice médical, et renferme dans un petit volume la science la plus vaste. Son génie mâle, sa concision, son laconisme rappellent les plus beaux moments d'Hippocrate, d'Arétée, de Boerhaave. Tout se lie, tout charme, éblouit, entraîne dans son système. Rien n'y manque, si ce n'est l'aveu de la nature, que Brown, dépourvu de pratique, ne put consulter. Pénétré des principes de Bacon et de Newton, il les emploie à l'estimation de tous les faits de la nature qui intéressent la médecine. Il retrempe la raison médicale, il redresse l'observation et ap-

prend à se servir plus hardiment de l'une et de l'autre; enfin il élève, change et multiplie les points de vue que l'autorité, les usages et la routine avaient toujours dérobés aux regards. Il faut le dire, le plan, les idées, la marche ferme, la logique pressante et les leçons de critique de Brown, tout annonce un esprit supérieur.

Il en est bien autrement de Broussais, qui trouva les esprits préparés quand les événements de 1814 le conduisirent au Val-de-Grâce. Le solidisme était établi : il n'était question que d'excitabilité, de propriétés vitales exaltées ou affaiblies, de maladies sthéniques ou asthéniques; enfin les abus pernicieux de la méthode stimulante étaient signalés en France comme en Allemagne et en Italie. Pour se donner les airs de la nouveauté, Broussais retourne le brownisme, le déguise et l'approprie à ses hypothèses ; il montre l'utilité des débilitants dans beaucoup de cas réputés asthéniques, et combine tout cela avec l'idée barroque de la phlegmasie locale des voies digestives.

Brown, pauvre, persécuté et sans appui, laisse en mourant une doctrine qui embrasse toute la nature vivante. Il réduit à deux causes toutes ses situations, ses actes et ses effets. L'hypothèse de Newton n'est pas plus féconde; il fonde le solidisme, renverse les systèmes imaginés depuis plus de mille ans, opère la révolution la plus mémorable, la plus complète que la médecine ait subie. Les facultés si imposantes d'Édimbourg, de Montpellier, de Paris, de Vienne, de Gœttingue, de Pavie, de Padoue, sont entraînées ou réduites au silence. La réputation colossale de Stoll, de Cullen, de Barthèz, de Pierre Franck, subit le même sort. Oui, Brown forme distinctement la ligne qui sépare la médecine ancienne de la médecine moderne.

L'action des solides et des humeurs, les maladies générales et locales deviennent l'objet des nouveaux points de vue du monde médical. Telle est désormais l'empire du brownisme, qu'il se trouve empreint dans toutes les productions médicales depuis l'immortel ouvrage de Bichat jusques au testament médical de Huffeland.

Broussais, au contraire, était pourvu de grands emplois et d'une belle position à Paris, quand il enseigna et publia le système physiologique. Si l'on en retranchait tout ce que le brownisme lui a prêté, que resterait-il ?

Broussais ne fut pas seulement secondé par sa position et ses emplois ; les coteries et les passions médicales, les partis philosophiques et politiques, alors si puissants, tout contribua à sa fortune ; et cependant, il a vu tomber sa réputation et son système !

Brown, dépourvu d'expérience médicale, excellent maître qui désabusa ses disciples, meurt sans avoir pu se raviser ni apprécier le pou-

voir épidémique des miasmes hétérogènes morbides dont il indique spéculativement la nature et les effets.

Broussais, rendu habile par une longue pratique, s'y montrait sage et réservé, puisque dans ses écrits il accusait ses disciples d'exagérer funestement la débilitation physiologique; et cependant, Broussais s'est obstiné et enseveli dans ses erreurs, n'ayant pas même effacé les fautes si graves dont les statistiques du Val-de-Grâce étaient publiquement entachées. Enfin le choléra asiatique acheva de mettre au jour la fausseté de son jugement et de son système en matière d'épidémie, dont il n'avait aucune connaissance.

Brown reste sur le terrain de la médecine jointe à la philosophie, sublime alliance formée par Hippocrate.

Il reconnaît les limites posées à l'esprit humain; il interdit à ses disciples toutes recherches au delà, comme pernicieuses à la raison et à la science, déclarant qu'elles égarent au lieu d'instruire. Enfin il n'a rien dit, rien fait pour dénaturer le noble et touchant esprit de la médecine, pour dégrader et désoler l'humanité!

Broussais, au contraire, attaque, brouille et règle toutes choses selon son humeur capricieuse, turbulente, despotique. Infatué de lui-même, il se jette en étourdi sur toutes les questions insolubles de la médecine, de la philosophie, de la psychologie. Il brouille toutes les idées morales, il désenchante, il aigrit, il abrutit les hommes que la médecine est destinée à éclairer, à calmer et à secourir.

LAFFONT-GOUZY,
professeur de l'École de Médecine de Toulouse.

RECTIFICATION RELATIVEMENT AU MODE D'ADMINISTRATION DES PILULES FERRUGINEUSES DE BLAUD.

Vous avez bien voulu insérer, dans le numéro de votre journal du 15 et 20 janvier dernier (tome XVI, page 18), quelques-unes de mes observations sur l'efficacité de mes pilules dans les affections chlorotiques, observations tirées de mon mémoire publié dans la Revue médicale; et, dans la note qui se trouve à la fin de votre extrait, vous faites observer, avec juste raison, que l'indication des doses qui se trouve dans ce mémoire n'est pas la même que celle de ma prescription primitive, insérée dans le *Bulletin de thérapeutique* (t II, p. 155). « Cette variation, dites-vous, tient sans doute à ce que l'expérience lui a appris que ses pilules devaient être données à moindre dose; cependant cela mérite explication. »

C'est cette explication que je viens donner aux lecteurs de votre intéressant journal. C'est par une erreur d'impression que, dans mon dernier mémoire, la dose de mes pilules a été ainsi diminuée. J'avais, dans le manuscrit, séparé, par une accolade, les jours où la dose des pilules était uniforme, ainsi qu'il suit :

Le premier jour Le deuxième Le troisième	une pilule le matin à jeun, une dans l'après-midi, une le soir au coucher,
Le quatrième Le cinquième Le sixième	deux le matin, deux le soir.

L'imprimeur a supprimé les accolades, et a rendu, par conséquent, particulier à chacun des trois jours qu'elles réunissaient ce qui était commun à tous. De là une obscurité et une confusion dans l'indication des doses, qui rendrait ma prescription sans effet; aussi ai-je déjà réclamé auprès du rédacteur de la Revue, qui, sans doute, aura la bonté de rectifier cette erreur dans le prochain numéro de son journal.

Ainsi donc, la dose de mes pilules doit être, comme nous l'avons dit, de *trois par jour,* une le matin à jeun, une dans l'après-midi, une le soir au coucher, les premier, deuxième et troisième jours; de *quatre*, deux le matin, deux le soir, les quatrième, cinquième et sixième jours; de *six*, deux le matin, deux l'après-midi, deux le soir, les septième, huitième et neuvième jours; de *six* encore, trois le matin, trois le soir, les dixième, onzième et douzième jours; et de *neuf*, trois le matin, trois l'après-midi, trois le soir, les jours suivants, jusqu'à la guérison complète.

Blaud,
Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Chlorure contre la brûlure. — Plusieurs fois déjà nous avons entretenu nos lecteurs de la vertu curative du chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés dans la brûlure : nous ne revenons sur cette question que pour enregistrer un fait nouveau qui milite en faveur d'un médicament dont la possession est définitivement acquise à la thérapeutique. Il s'agit d'un homme affecté d'une brûlure avec ulcération du corps muqueux dans les quatre cinquièmes de son étendue, et escharre

d'une portion de l'épaisseur du derme dans un petit espace. Elle a son siége à la jambe, dont elle occupe la demi-circonférence dans une hauteur de cinq pouces. Le malade a continué à marcher depuis deux jours que l'accident est arrivé. Il porte sur le tiers inférieur du membre une inflammation cutanée très-vive, avec chaleur cuisante. Un cataplasme émollient, le repos au lit, dissipèrent promptement cet état phlogistique. Alors M. Lisfranc prescrivit l'emploi des chlorures d'oxyde de sodium à trois degrés ; en trois jours, tous les points où la brûlure s'est bornée au corps muqueux sont cicatrisés.

Pour obtenir de ce précieux médicament le résultat qu'on est en droit d'espérer, il est dans le pansement un *modus faciendi* qu'il ne faut pas perdre de vue.

On recouvre d'abord toute la surface de la brûlure d'une compresse fenêtrée, enduite de cérat ; on applique par-dessus une masse de charpie de trois pouces d'épaisseur imbibée de chlorure à trois degrés ; trois fois dans la journée on arrose l'appareil ; cette précaution est indispensable, autrement l'évaporation rapide du chlorure ne tarderait pas à transformer en un médicament inerte le liquide mis en usage. Comment saura-t-on que le chlorure a le degré convenable? on a cette certitude, lorsque son application est suivie pendant huit ou dix minutes de chaleur et de prurit léger ; si ces signes d'une excitation modérée se prolongent au delà du temps indiqué, et s'ils revêtent les caractères d'une véritable douleur, on est averti de tempérer le médicament dont l'action est trop énergique. Nous donnons le terme de trois degrés comme étant celui qui est le plus généralement bien supporté. —On sait d'ailleurs qu'il n'est pas de principe absolu en thérapeutique; qu'un médicament doit être présenté sous diverses formes, en raison des variétés nombreuses de la sensibilité et de l'idiosyncrasie.

De l'emploi de la créosote dans le traitement de la surdité. — M. Curtis, médecin des dispensaires, à Londres, a employé avec avantage la créosote dans quelques cas de surdité; il vient de publier quelques exemples de guérison par l'usage de ce médicament. Suivant ce médecin, l'une des causes les plus communes de la surdité, c'est la diminution du fluide sécrété par les glandes cérumineuses. Beaucoup de cas de perte de l'ouïe qu'il a observés, et dans plusieurs desquels la surdité remontait à une époque éloignée, dépendaient de cette cause, et la surdité a disparu aussitôt que cette dernière a pu être attaquée avec avantage. Quand le conduit auditif externe a été bien nettoyé et débarrassé des matières qui l'obstruaient, il faut rendre aux glandes leur énergie, par

l'emploi de quelques légers stimulants; M. Curtis se sert ordinairement comme moyen détersif une préparation faite avec d'une demi-once de fiel de bœuf mêlé avec un gros de teinture de castor ou de musc ; il en imbibe un tampon de coton qu'il introduit avec soin dans l'oreille, afin de ramollir le cérumen endurci, et le lendemain matin il injecte avec une petite seringue de l'eau chaude à laquelle il a ajouté une once de liniment de savon et quelques gouttes d'eau de Cologne. Quelquefois il substitue à la préparation précédente la solution de potasse de la pharmacopée avec l'huile d'amandes douces. Quand l'oreille est ainsi bien nettoyée, il emploie la créosote, qui lui a paru exercer une action heureuse sur les glandes cérumineuses, en leur redonnant l'activité qu'elles avaient perdue. Voici sa formule : *Prenez créosote, une once ; huile d'amandes douces, quatre onces ; mêlez.* On en introduira quelques gouttes dans l'oreille matin et soir avec un pinceau.

Après avoir, pendant quelques jours, employé la créosote à cette faible dose, il faut en augmenter ordinairement la proportion, et graduellement suivant les effets obtenus. Il y a cependant des cas où ce traitement ne réussit qu'après l'application de vésicatoires derrière les oreilles. de la pommade stibiée ou de quelques autres contre-irritants qui sont nécessaires pour combattre l'irritation dont l'oreille est le siége. L'usage de la créosote est contre-indiqué dans les cas d'otorrhée ou quand il y a de la douleur ou de l'inflammation. Son application ne détermine aucune douleur ni sensation désagréable; le seul effet appréciable est le sentiment d'une douce chaleur qu'elle communique à l'oreille.

Acupuncture dans l'ascite. — Un de nos honorables confrères, M. le docteur Desportes, nous parlait, il y a quelque temps, de l'emploi avantageux qu'il faisait depuis plusieurs années de l'acupuncture dans les cas rebelles d'ascites; il nous citait plusieurs exemples très-remarquables de guérisons qu'il avait obtenues par ce seul moyen, dont il pensait avoir eu le premier l'idée. Quelques médecins anglais ayant, dans ces derniers temps, publié quelques faits de cette nature, nous avons dû rapporter cette communication, afin de réclamer en faveur de M. Desportes la priorité de l'emploi de l'acupuncture dans l'ascite. Voici du reste un nouveau fait touchant l'action de ce moyen thérapeutique que M. Campbell vient de publier dans la Gazette médicale de Londres :

Elisa Stevenson, âgée de trente ans, autrefois d'une bonne constitution, vint consulter l'auteur, au mois de décembre 1837, pour une ascite existant depuis trois semaines. Les moyens préconisés en pareil

cas furent mis en usage, mais inutilement, et, malgré des purgatifs énergiques et une salivation abondante produite par le calomel, la maladie fit des progrès; la respiration devint gênée et l'abdomen fut énormément distendu. C'est alors que M. Campbell se décida à pratiquer l'acupuncture, et, le 10 février 1838, plus de vingt acupunctures furent faites au moyen d'une aiguille fine longue de deux pouces et demi, sur toute la surface antérieure de l'abdomen. Le 11, quelques douleurs se firent sentir dans le ventre dont la peau est tendue; pouls fébrile. Le 12, la malade commença à transpirer, et les urines coulèrent en abondance; l'abdomen est œdémateux. Le 14, amélioration; le ventre a quarante-sept pouces de circonférence; le 20, il n'en avait plus que quarante-trois. Jusqu'au 23, la maladie resta stationnaire; le calomel uni à la scille fut alors administré, et le 2 mars tout symptôme d'hydropisie avait disparu, et le ventre n'avait plus que trente-six pouces de circonférence. Au mois d'octobre l'hydropisie n'avait point encore reparu.

On ne peut, dit-il, contester dans ce cas les bienfaits de l'acupuncture; car il a suspendu à dessein toute espèce de médicament trois jours avant l'opération, et le mal faisait des progrès à vue d'œil; et à compter des ponctions le ventre a diminué de dix pouces dans l'espace de quatorze jours; cette diminution a commencé dès le lendemain même de l'opération. M. Campbell déduit de cette observation que non-seulement l'acupuncture détermine l'extravasation du liquide dans le tissu extra-péritonéal, mais encore active l'absorption générale. L'auteur croit que mieux vaut pratiquer en une seule séance un grand nombre de piqûres que d'y revenir en n'en faisant que peu à la fois. A chaque ponction l'aiguille était roulée doucement entre les doigts, et en la retirant il y avait toujours une gouttelette de liquide sur le point piqué. C'est le signe que l'opération a été bien faite.

VARIÉTÉS.

Sur la phthisie pulmonaire en Italie. — Il y a quelques mois un médecin, pénétré de l'influence de la température sur le développement de la phthisie pulmonaire et du peu de fréquence de cette maladie dans les pays chauds, avait proposé au gouvernement d'établir à Alger un hospice où seraient reçus les phthisiques de notre pays, lesquels trouveraient, disait-il, sous un ciel plus favorable, une guérison plus ou moins assurée. L'académie de médecine, consultée à cet égard, répondit à l'autorité que le principe de l'action d'une température plus ou moins

élevée sur la fréquence de la phthisie n'étant encore, de bien s'en faut, établie, il n'y avait pas lieu à accueillir la proposition faite par ce médecin. L'hospice ne fut donc pas établi. L'on fit bien, car voici M. le docteur Journé qui vient aujourd'hui prouver par des recherches statistiques très-bien faites dans les hôpitaux de différentes villes de l'Italie, telles que Florence, Livourne, Rome, Naples, etc., que sous le beau ciel de ces contrées la phthisie pulmonaire exerce au moins d'aussi grands ravages que dans notre pays, et qu'en particulier la ville de Naples est celle où on rencontre le plus de phthisiques. Le nombre de ces malheureux y est tellement considérable qu'il existe dans l'hôpital général de cette ville deux salles séparées pour les recevoir, une de cent cinquante lits environ pour les hommes, une autre de près de cent lits pour les femmes, salles où les uns et les autres ne sont admis qu'au dernier degré de la maladie, ce qui y rend nécessairement leur séjour plus ou moins court. Cette espèce de séquestration des phthisiques, qui existe aussi à Rome et dont nos hôpitaux de France n'offrent aucun exemple, est due à ce que dans toute l'Italie on croit à la contagion de la phthisie pulmonaire.

Une pareille séquestration de malheureux qui chaque jour se voient décimés et qui peuvent se considérer comme dans le vestibule de la salle des morts, est une mesure que l'humanité ne saurait trop frapper de réprobation. Aussi à Naples, dit-il, un grand nombre de malades refusent d'entrer dans ces salles spéciales et vont mourir chez eux sur le grabat le plus misérable et souvent dans le cloaque le plus infect : c'est pourquoi la fréquence de la phthisie à l'hôpital des incurables de Naples ne donne qu'une faible idée de sa fréquence en ville; du reste, M. Journé, ayant visité en 1835 nos possessions d'Afrique, assure que dans l'Algérie la phthisie est aussi très-fréquente et qu'elle y porte le nom populaire de mal de poitrine.

— Un concours est ouvert à la Faculté de Médecine pour la chaire vacante de matière médicale et de thérapeutique. Les juges sont, pour la Faculté : MM. Orfila, président, Andral, Adelon, Berard, Dumas, Richard, Fouquier; MM. Jules Cloquet et Bouillaud suppléants; pour l'Académie : MM. Merat, Loiseleur-Deslonchamps, Emery, Gueneau de Mussy; M. Cornac, suppléant. Les concurrents sont : MM. Martin Solon, Requin, Sandras, Guérard, Bouchardat, Cazenave, Baudrimont, Trousseau, Cottereau.

— L'Académie vient de placer dans la salle de ses séances le buste de Scarpa.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA DIURÈSE CONSIDÉRÉE COMME ACTION RÉVULSIVE DANS QUELQUES MALADIES DE L'ENFANCE.

Vie d'ensemble fortement exprimée par les sympathies nombreuses, que met en jeu le plus léger trouble fonctionnel, réaction spontanée, puissante, dans le sens de la résolution du mal, telles sont les deux circonstances principales, qui impriment aux maladies de l'enfance les caractères qui les spécialisent. Le cadavre ne dit rien de ces choses; aussi bien est-ce ici surtout que se fait sentir l'insuffisance de données fournies par l'anatomie morbide. Depuis les recherches nécroscopiques de Billard sur cette partie spéciale de la pathologie, de nombreuses monographies ont été publiées sur diverses maladies de l'enfance; là partout ce sont principalement les résultats de l'anatomie pathologique qui fixent l'attention des observateurs, c'est dans une étude plus approfondie des lésions de l'organisation, dans une analyse plus rigoureuse des altérations des tissus élémentaires, dans une interprétation plus large, moins exclusive de la nature de ces altérations, qu'on semble chercher la solution des questions thérapeutiques, qui se posent à propos des maladies de l'enfance, comme à propos de toute pathologie; sans aucun doute, on doit, en suivant cette direction, arriver à quelques résultats importants : si, comme il est probable, les conditions d'âge et d'organisation inachevée impriment quelques caractères spéciaux aux lésions de tissus dans les maladies de l'enfance : ne fissent-elles que signaler ces différences, ces recherches offriraient par cela seul même un haut degré d'intérêt; car on ne saurait trop le répéter, la grande question aujourd'hui en médecine, c'est la détermination de la valeur précise des lésions anatomiques dans les maladies; or, l'étude comparée de ces lésions aux différents âges de la vie peut jeter de vives lumières sur cette importante question.

Toutefois, dans les maladies de l'enfance, plus encore que dans les maladies des adultes, la thérapeutique ne saurait, sans un dommage certain, se placer au point de vue exclusif de l'anatomie pathologique : c'est ici surtout que l'observation clinique la plus attentive est rigoureusement commandée au praticien; au milieu de tous ces phénomènes variés, mobiles, qui se croisent, se succèdent avec une si remarquable rapidité, il en est presque toujours quelques-uns qui sont l'expression

non contestable d'une tendance naturelle des forces de l'organisme vers la résolution du mal : confondre ces phénomènes les uns avec les autres, ne voir dans l'ensemble de ces accidents qu'une réunion de symptômes qu'on doit constamment se proposer de supprimer par une thérapeutique active, c'est, dans bien des cas, apporter un obstacle invincible à la guérison des maladies. Peu, très-peu, produit de grands effets chez les enfants, dit Hufeland; ce précepte qui trouve sa sanction dans l'expérience de tous les temps, ne doit jamais être perdu de vue : le médecin qui se soumet à cet enseignement de la saine expérience, laisse à la nature la puissance de réaction nécessaire à la résolution de toute maladie, il ne s'expose point à troubler un développement organique plus ou moins laborieux par une médication intempestive ; car il ne faut point l'oublier, cette énergique vitalité, cette plénitude de force créatrice qui achève au dehors une organisation simplement ébauchée au sein de la mère, la maladie n'en suspend point toujours l'action mystérieuse. Loin de là, elle donne dans quelques cas à ces forces une impulsion momentanée beaucoup plus grande. Quel médecin, en effet, n'a point été frappé de l'accroissement marqué que présentent quelques enfants à la fin de certaines maladies ; et nous n'entendons point seulement par là ces légers troubles fonctionnels qui accompagnent si souvent l'évolution normale et dont ils sont comme les symptômes, nous parlons des maladies aiguës bien caractérisées. Quel rapport existe-t-il dans l'intimité de l'organisme, dans les foyers cachés de la vie, entre cet accroissement rapide et ces secousses violentes de la maladie? Nous ne le savons pas, mais nous savons le fait qui en est l'expression : ce fait, la thérapeutique doit nécessairement en tenir compte. Qui prétendrait que, dans une maladie donnée, toutes les indications thérapeutiques découlent de cette légère injection que l'anatomie a montrée dans des circonstances semblables dans cette muqueuse ou dans cette séreuse d'enveloppe, et que cette grande loi de développement dont nous venons de parler, qui agit d'une manière si puissante sur l'ensemble de l'organisme, est une donnée sans valeur? C'est donc encore là une loi propre à la physiologie normale ou pathologique de l'enfance, qui s'ajoute à la vivacité des sympathies morbides, par conséquent thérapeutiques ; à la faiblesse d'une constitution inachevée, et douée pourtant d'une vitalité réactionnelle puissante, pour nous commander la médication la plus circonspecte. Toute méthode thérapeutique qui ne coordonne point son action avec les conditions générales de vitalité, et d'organisme propre à l'enfance, court grand risque d'être plus nuisible qu'utile ; cependant pour rencontrer ainsi des bornes qu'il ne peut dépasser sans danger, il faut bien se garder de croire que l'art se trouve complétement désarmé

en présence des maladies dont il s'agit en ce moment ; loin de là, lorsque l'art se place sous le jour d'une physiologie qui comprend la vie dans l'ensemble de ses éléments variés, au lieu de se renfermer dans le cercle étroit des inductions de l'anatomie morte, il a plus de puissance ici peut-être que dans les affections qui atteignent les autres âges de la vie : et la raison de cette plus grande puissance, c'est qu'ici la nature en général indique bien plus nettement qu'ailleurs, à qui sait lire ses enseignements, le sens dans lequel il faut agir sur l'organisme, pour ramener la vie à ses conditions normales : mais pour saisir ces indications au milieu des phénomènes nombreux, directs ou sympathiques, fugitifs, intermittents, alternativement graves ou légers, qui sont les traits ordinaires par lesquels se dessinent ces maladies, il est besoin de l'observation clinique la plus attentive; nous ne nous proposons pas de développer ici ces diverses indications, notre intention est seulement d'exposer sommairement quelques faits, qui tendent à établir l'heureuse influence que peut exercer, chez les enfants, une diurèse abondante provoquée à propos.

C'est un fait de pratique vulgaire qu'une diarrhée, qui vient à se déclarer au milieu du travail compliqué de la dentition, est une sorte de crise continue qui permet à celui-ci de s'achever sans troubler, d'une manière plus ou moins grave, l'équilibre des fonctions : aussi tous les médecins sont-ils d'accord sur ce point, qu'un flux intestinal survenant en pareille circonstance, doit être constamment respecté, et ne doit être directement combattu, seulement pour être maintenu dans certaines bornes, ou pour être définitivement arrêté, que quand il s'élève à un certain degré d'intensité, ou qu'il survit au mouvement d'évolution auquel il a efficacement concouru. Nous avons eu, dans ces derniers temps, l'occasion de suivre avec attention, sur un certain nombre d'enfants, cette importante fonction temporaire; or, nos recherches à cet égard nous ont montré que les voies digestives ne sont pas le seul appareil qui s'associe, par une sympathie évidente, aux divers organes en travail de développement à l'époque de la dentition. La plupart des observateurs, qui se sont occupés d'une manière spéciale des maladies de l'enfance, ont remarqué que souvent le travail d'évolution dentaire diminuait d'une manière notable l'activité de la sécrétion urinaire, suspendait même quelquefois complètement cette sécrétion. Nous n'avons point eu occasion de remarquer ce dernier effet, nous avons vu dans quelques cas la quantité d'urine diminuer notablement, mais ce que nous avons eu aussi occasion d'observer, c'est qu'à côté de ces cas, il en est d'autres où l'activité sécrétoire des reins augmente d'une manière extrêmement marquée; telle était cette activité chez un enfant de qua-

torze ou quinze mois entre autres, que nous crûmes tout d'abord avoir affaire à un véritable diabète; cette erreur d'ailleurs dura fort peu de temps. Nous n'avons point laissé passer ces faits sans essayer d'en tirer quelques inductions thérapeutiques, ce que nous allons dire succinctement va montrer quelles sont ces inductions; des recherches ultérieures en détermineront la valeur.

L'enfant même dont nous venons de parler, huit jours après cette abondante diurèse, vint à souffrir de nouveau des dents. une salivation abondante, la couleur fortement rosée des lèvres, le rapprochement comme par un mouvement saccadé des mâchoires l'une contre l'autre, des cris brusques semblant exprimer les élancements les plus vifs de la douleur, nous parurent des signes suffisants, à défaut d'une exploration directe impossible, pour établir que les divers accidents que cet enfant éprouvait se liaient au travail de la dentition. Ces accidents étaient les suivants : refus de toute espèce d'aliments; ventre souple; constipation : les parents ne parviennent à recueillir que quelques gouttes d'urine, qui me paraît d'un rouge assez foncé. Du reste, à en juger par les linges qui enveloppent le malade, ce liquide paraît être sécrété en même quantité que dans l'état normal. Face pâle et fortement injectée alternativement, d'une remarquable pâleur, surtout pendant le sommeil, qui d'ailleurs est agité et entrecoupé de réveils en sursaut avec cris aigus. Peau brûlante, pouls fréquent : rien certainement de bien grave dans tout ceci, occasion favorable, par conséquent, pour une expérimentation sans danger. Je recommandai aux parents de ne rien offrir à l'enfant, soit comme boisson, soit comme bonbons, soit comme aliments, pendant huit ou dix heures : cet espace de temps écoulé, on lui présenta une tasse de lait sucré coupé de moitié par une infusion de tilleul, et contenant six grains de nitrate de potasse en solution : le petit malade but toute la tasse d'un seul trait : le reste de la journée, et à différentes reprises, trois fois environ la même quantité de liquide est consommée. Une diurèse aussi abondante que celle qui déjà avait eu lieu spontanément se déclare; en même temps la fièvre cesse, et avec elle tous les autres phénomènes de réaction. Pour qui a suivi avec quelque attention le travail dont nous parlons chez les enfants, il est facile de reconnaître que cette diurèse artificiellement provoquée a exercé sur l'ensemble de l'organisme souffrant la même influence qu'une diarrhée spontanée survenant dans les mêmes circonstances. Fût-on parvenu au même résultat en faisant porter l'action médicatrice révulsive sur la muqueuse gastro-intestinale, au lieu de la faire porter sur l'appareil rénal? Nous le croyons; mais ce que nous croyons aussi en même temps, c'est que, si d'une part il est plus facile d'opérer la première révulsion que

la seconde, celle-ci, d'un autre côté, lorsqu'elle est possible, fait cesser beaucoup plus rapidement que celle-là les accidents qu'on veut combattre par elle. Du reste, il ne s'agit nullement ici de faire prévaloir un mode de médication sur un autre : il s'agit seulement de constater un fait. Poursuivons.

Le fait de l'éruption des dents n'est plus considéré aujourd'hui comme la cause unique des accidents variés qui marquent la période du développement humain, avec laquelle coïncide l'évolution dentaire : en même temps que les dents font effort pour s'échapper des alvéoles qui les contiennent, les organes sensoriaux s'éveillent au monde extérieur; le cerveau se développe; l'intelligence commence à poindre, et se traduit surtout par une mémoire déjà puissante, si l'on en juge par les nombreuses acquisitions que l'enfant fait chaque jour : il n'est point douteux que le développement simultané de tant d'organes et de facultés nouvelles, qui impliquent en même temps tant de rapports nouveaux, n'ait une très-large part dans les phénomènes physiologiques et pathologiques nombreux qui signalent et caractérisent cet âge de la vie : ne voir là partout que la réaction de l'évolution dentaire, c'est à coup sûr ne voir qu'un côté de la question. Lorsque la thérapeutique intervient ici, elle a beaucoup plus à régulariser qu'à détruire; de là la nécessité d'une étude attentive de toutes les fonctions, pour saisir le sens dans lequel agit la nature, et l'aider dans son œuvre.

C'est au milieu de ce développement actif, que l'on voit survenir souvent chez les enfants les affections les plus graves : depuis que nous avons fait les remarques qui font l'objet de cette note nous n'avons point osé nous borner à la médication diurétique, pour en déterminer l'influence dans ces cas graves : on jugera par ce que nous allons dire si même alors on ne pourrait point tirer quelque avantage de quelques-uns des moyens qui constituent cette médication, ne les employât-on que comme simples adjuvants. Une petite fille de dix-huit mois contracte un rhume, qui existait déjà depuis cinq ou six jours lorsque je la vis pour la première fois : jusque-là ce rhume n'avait provoqué qu'une toux fort légère, avait à peine diminué l'appétit, et n'avait nullement troublé le sommeil. Cependant, tout à coup, les choses prennent un aspect plus grave, cette enfant éprouve quelques mouvements convulsifs qui durent peu et ne se reproduisent plus; les yeux sont frappés d'un léger strabisme, qui persiste; un état de somnolence se prononce tout le jour; on le fait cesser aisément; mais, au bout de quelques minutes, la petite malade retombe sur son oreiller. Rien de grave, du reste, du côté de la poitrine par l'auscultation et la percussion, fièvre modérée; point de nausées, point de vomissements, point de diarrhée. L'enfant boit aisé-

ment : on lui fait prendre quelques tasses d'une légère infusion de violettes contenant en solution quelques grains de nitre, et édulcorée avec le sirop de pointes d'asperges. Le jour même où ces moyens sont mis en usage, les langes qui enveloppent la malade ont dû être changées vingt ou vingt-cinq fois : le lendemain, à l'heure du réveil ordinaire, la somnolence avait disparu ; quelques aliments furent accordés et digérés sans accidents.

Sans doute il n'est point rare de rencontrer chez les enfants un état semblable à celui que nous venons d'indiquer, et qui disparaît spontanément. Cependant n'existe-t-il aucun rapport ici entre cette hyper-sécrétion urinaire et la cessation brusque d'une réunion de symptômes qui sont plus d'une fois le prélude d'accidents graves ? c'est ce que personne certainement n'aurait le droit d'affirmer. Voici, du reste, un dernier cas où il nous semblerait fort difficile de contester cette relation.

Un petit garçon de deux ans et demi, fort et vigoureux, est atteint, pendant une épidémie de coqueluche, à laquelle n'échappent qu'un très-petit nombre d'enfants, d'une toux intense, qui, dès le début, revient par quintes des plus pénibles. Dès le premier jour deux épistaxis peu abondantes ont lieu ; en même temps, inappétence, agitation, fièvre vive. Je fais prendre au petit malade la même boisson que dans le cas précédent ; mais, moins docile, on ne parvient à lui en faire prendre qu'une quantité insuffisante ; j'essaie de vaincre cette difficulté, en prescrivant, deux fois par jour, des frictions sur l'abdomen avec la teinture de digitale. Le premier jour aucun effet sensible ; le lendemain, les mêmes accidents persistant avec plus d'intensité encore, je prescris les mêmes frictions ; et, attribuant la répugnance de l'enfant à boire à la présence du sirop de pointes d'asperges, je fais remplacer celui-ci par une quantité convenable de sirop de digitale : ainsi modifiée, l'infusion est prise avec plus de plaisir ; cinq ou six petites tasses sont consommées dans la journée. Le malade se trouve mieux vers le soir, demande à se lever, et veut qu'on l'habille : il est obéi : dès lors, l'excrétion urinaire peut être mieux appréciée ; au rapport des parents, elle a été très-considérable : cependant la toux persiste ; je fais insister sur les mêmes moyens, qui produisent les mêmes résultats. Le quatrième jour, plus de toux, plus de fièvre. Pendant les quinze jours environ que l'épidémie semble durer encore, les boissons nitrées et digitalées sont continuées, et l'enfant n'est point atteint. Ici il semblerait que non-seulement l'accroissement de l'activité fonctionnelle des reins a agi par révulsion sur l'état névrosthénique des appareils gastro-pulmonaires, mais encore que cette suractivité fonctionnelle, se continuant après la disparition de cet état morbide, a mis l'organisme à l'abri d'une influence épi-

démique puissante : des faits analogues au dernier résultat, que nous venons d'énoncer, ont été, du reste, plus d'une fois constatés dans les grandes épidémies dont l'histoire se trouve consignée dans les annales de la science. Quant aux préparations de digitale, dont nous voyons les heureux effets dans cette observation, nous croyons qu'on ne doit y recourir chez les enfants qu'avec la plus grande réserve, et, autant que possible, ne la faire pénétrer dans l'économie que par la voie de la peau : cette membrane, chez de tels sujets, est douée d'une puissance d'absorption, qui rend facile la pénétration de la plupart des agents médicamenteux. Perceval a déjà employé la digitale dans quelques maladies de l'enfance : sans aucun doute, c'est à l'action spéciale de cette substance sur les reins qu'il faut attribuer une partie des heureux résultats qu'il signale; mais ce n'est point sous ce point de vue qu'il l'a considérée; son travail n'y eût point perdu s'il l'eût fait.

Nous terminons ici cette note : elle nous a été l'occasion de rappeler quelques-uns des principes généraux, qui doivent guider le praticien dans la thérapeutique toute spéciale des maladies de l'enfance : comme ces principes ne se trouvent point au bout du scalpel, ou dans les précipités que déterminent les réactifs chimiques, nous avons pensé que ce n'était pas travail vain que de les redire. Nous avons ensuite montré par quelques faits, que, sous la direction des efforts médicateurs de la nature, l'appareil urinaire devenait dans quelques cas le siége d'un travail d'élimination puissante; que l'on pouvait faire tourner au profit de l'art en l'imitant dans quelques circonstances qu'il reste à déterminer; nous avons par là appelé l'attention des observateurs sur un point qui a été à peine effleuré : ainsi on procède dans toute science, d'abord il faut poser la question. M. S.

DU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR L'ACIDE HYDROCYANIQUE.

On a dit avec raison que c'est dans les hôpitaux et surtout dans les cliniques qu'en définitive viennent se juger les questions de thérapeutique; car c'est là seulement que les faits sont étudiés régulièrement, explorés en détail, élaborés avec liberté, c'est-à-dire loin des influences de famille, de commérage, d'intérêt matériel, et surtout qu'ils sont réunis en assez grand nombre pour pouvoir être observés parallèlement, si je puis dire, et comparés les uns aux autres, vu l'identité de position où se trouvent les malades. On pourra répondre que de grandes erreurs thérapeutiques sont parties des cliniques, et qu'il n'est pas rare de voir des professeurs propager de graves hérésies; mais alors

les cliniques dissidentes élèvent la voix, produisent leurs faits, et le remède surgit de la source même du mal. La foule des praticiens reste ordinairement spectatrice, adoptant les idées émanées des grands foyers d'observation, privé qu'on est dans la pratique civile des moyens d'expérimenter en grand et dans les conditions désirables. Si les résultats isolés que chacun peut obtenir sont peu favorables, on aime mieux s'en prendre au malade, à la maladie, et s'accuser soi-même, que de supposer l'erreur professée ou imprimée par d'imposantes autorités. C'est ainsi que se perpétuent tant de préjugés et de pratiques déplorables.

Nous qui professons un scepticisme expérimental et raisonné pour toute innovation, parce que nous n'avons pas oublié les incessantes déceptions auxquelles donnent lieu quelques maladies encore incurables; nous qui gémissons chaque jour sur l'inconcevable crédulité des praticiens *à recettes;* nous avons voulu savoir à quoi nous en tenir sur un remède prétendu nouveau contre la phthisie pulmonaire, dont récemment quelques journaux ont fait grand bruit.

Le professeur Fantonetti de Pavie a publié, dans le journal de médecine de Venise, un travail sur les bons effets de l'acide hydrocyanique contre les phlogoses chroniques du poumon, et notamment la phthisie (1), travail où l'on trouve des cas de tuberculisation au dernier degré (cavernes, fièvre hectique, marasmes, etc.) guéris dans l'espace de quinze jours à deux ou trois mois par des doses progressives de deux à quinze gouttes. Quelle que soit notre confiance dans le talent d'observation et le caractère véridique d'un praticien aussi haut placé, ce n'est qu'avec peu d'espoir, je l'avouerai, que j'ai entrepris d'expérimenter un remède aussi merveilleux, et d'autant plus suspect que personne n'ignore qu'il fut mis en usage, il y a longtemps, par d'autres praticiens d'Allemagne et d'Italie, et chez nous par M. Magendie, dans le *formulaire* duquel il figure, et qui l'a préconisé précisément dans des cas analogues, mais comme simple calmant de la toux. Or, depuis, il était rentré dans la simple catégorie des moyens utiles dans certains cas, catégorie où je crains bien qu'il ne rentre après quelques instants d'un éclat éphémère. Quoi qu'il en soit, et pour l'acquit de notre conscience, nous l'avons expérimenté de nouveau.

Nous nous sommes en tout conformé aux indications de l'auteur, sauf qu'au lieu de donner le remède en lavage dans une livre d'eau, nous l'avons concentré dans une potion gommée de quatre onces édulcorée; on nous le pardonnera, je l'espère, en songeant à l'extrême altérabilité

(1) Voyez *Bulletin de Thérapeutique*, tome XVI, page 80.

de l'acide hydrocyanique. Nous nous sommes servi de fioles enveloppées de papier noir et soigueusement bouchées. Inutile de dire que nous avons employé l'acide hydrocyanique médicinal (de Magendie). La potion était prise par cuillerée, de deux en deux heures.

Nous avons choisi des cas de phthisie confirmée, les seules qui puissent donner des résultats probants, incontestables; cas, du reste, n'offrant pas plus de gravité que quelques-uns de ceux guéris par M. Fantonetti.

Obs. I. Femme de quarante-cinq ans, portant des cavernes au sommet des deux poumons; crachats puriformes, fièvre hectique, etc. Le 21 décembre 1838, nous prescrivons, *ut supra*, acide hydrocyanique, deux gouttes; le 22, quatre gouttes; le 23, quatre gouttes; mort dans la journée. — Poumons criblés de tubercules et de cavernes.

Hâtons-nous de convenir que ce fait est peu significatif, car il s'agit d'un malade *in extremis*, et nous ne sommes pas en droit d'exiger des miracles; néanmoins le remède n'a manifesté aucune action et n'a pas retardé la catastrophe. Les faits suivants offraient plus de chances de succès.

Obs. II. Homme de quarante-trois ans, primitivement de forte constitution; toussant depuis deux ans (phthisie accidentelle); entré à la clinique le 28 novembre 1838. Matité, souffle tubaire, craquement humide sous la clavicule droite, toux fatigante, crachats suspects, mouvement fébrile, amaigrissement. — Saignées locales, dérivatifs, adoucissants, calmants, sans soulagement appréciable.

Le 21 décembre, le souffle tubaire a quelque chose de caverneux; le craquement se rapproche du gargouillement; pectoriloquie douteuse. Acide hydrocyanique, trois gouttes. Nous passons successivement en peu de jours à quatre, six, huit, dix, quinze. Le 30 décembre, vingt gouttes; le 31, vingt-cinq gouttes; le 1er janvier 1839, trente gouttes; le 2, quarante gouttes, continuées les 3 et 4. Nous sommes étonnés de l'impassibilité du malade et moins de celle de la maladie, qui poursuit son cours ascendant, sauf pourtant une diminution marquée de la toux.

Cependant le 5 janvier le malade, se sentant de plus en plus faible, croit pouvoir en accuser le remède, et bien que nous doutions de cette causalité, nous le suspendons après quinze jours d'administration. Alors matité persistante, souffle caverneux, gargouillement, pectoriloquie; pouls à cent seize, comme avant le remède. Malgré tous les moyens indiqués, le malade s'exténue graduellement et succombe. — Poumons farcis de tubercules et de cavernes, avec hépatisation périphérique.

Sauf la diminution de la toux, l'effet du remède, porté graduelle-

ment à la dose énorme de quarante gouttes, a été nul. Cependant M. Fantonetti a obtenu dans le même espace de temps (quinze jours) des guérisons chez des sujets dans une position semblable et même plus grave.

Obs. III. Homme de vingt-sept ans, atteint de phthisie constitutionnelle; entré à la clinique le 26 novembre 1838. Nous constatons: matité, souffle caverneux, gargouillement, pectoriloquie au sommet du poumon droit, fièvre hectique, aphonie, maigreur. — Le 21 décembre, acide hydrocyanique, trois gouttes; le 22, quatre gouttes; le 23, six gouttes; le 24, huit gouttes; le 25, dix gouttes. — Quelques vomituritions; douleurs abdominales. On continue; le 28, douze gouttes; le 29, quinze gouttes. Les vomissements persistent; insomnie. —Le 30, vingt gouttes; le 31, vingt-cinq gouttes; le 1er janvier 1839, trente gouttes; le 2, quarante gouttes. A cette époque, le malade refuse de continuer sa potion, bien qu'il n'éprouve aucun accident particulier, si ce n'est des nausées et de l'insomnie. Nous suspendons après treize jours d'administration, la maladie ayant continué de marcher et de s'aggraver comme auparavant.

Le 9, le malade est pris d'une abondante hémorrhagie intestinale, à laquelle nous opposons les acides minéraux et l'extrait d'une écorce astringente nouvellement en usage, le *monesia*, que nous expérimentons en ce moment. Les selles sanguinolentes cessent le 15; mais il survient du délire; le malade est exsangue; il expire le 16 janvier. — Cavernes pulmonaires; ulcérations intestinales.

Ce fait était peut-être plus défavorable que le précédent; cependant les mêmes considérations peuvent s'y rattacher.

Obs. IV. Fille de vingt-huit ans, lymphatique, frêle, entrée le 28 août 1838. — Cavernes au sommet du poumon gauche, constatées par les symptômes mentionnés dans les cas précédents. — Émollients, calmants, dérivatifs. La maladie marche très-lentement.

Le 21 décembre, acide hydrocyanique, deux gouttes; le 22, quatre gouttes; le 24, huit gouttes; le 28, douze gouttes; le 29, quinze gouttes. Nous continuons à cette dose (dose classique du professeur italien) jusqu'au 29 janvier 1839, époque à laquelle la malade succombe au marasme progressif, après trente jours d'administration du remède, sans que la maladie ait été modifiée le moins du monde, et pourtant le remède a eu le temps d'agir!...

Nous sommes heureusement au bout de nos catastrophes consommées, et c'en est bien assez.... Nous n'avons plus de morts à déplorer; mais nous ne perdons rien pour attendre.

Obs. V. Homme de vingt-cinq ans, entré à l'hôpital le 28 novem-

bre 1838 — Toux, amaigrissement progressif depuis trois mois; matité, souffle, râle muqueux, résonnance de la voix sous la clavicule droite; pouls fréquent (à cent vingt); chaleur de la peau. — Plusieurs saignées générales et locales; adoucissants; oxyde blanc d'antimoine; jusquiame, belladone, digitale, vésicatoires, etc.

Le 21 décembre, même état que ci-dessus; pouls à cent douze. — Acide hydrocyanique, deux gouttes; le 22, quatre gouttes; le 23, six gouttes; le 24, huit gouttes; le 25, dix gouttes; le 27, douze gouttes; le 28, quinze gouttes; le 30, vingt gouttes; le 31, vingt-cinq gouttes; 1er janvier 1839, trente gouttes; le 2, quarante gouttes. — État stationnaire, sauf de l'aphonie et la dyspnée croissante.

Le 5, nous descendons à vingt gouttes, et nous continuons cette dose jusqu'à ce jour, 1er février, où nous constatons, après quarante-deux jours d'administration de l'acide hydrocyanique : matité, souffle caverneux, gargouillement, pectoriloquie sous la clavicule droite; submatité, respiration rude, quelques râles sous la clavicule gauche, aphonie, dyspnée, pouls à cent vingt-quatre, émaciation progressive; c'est-à-dire que les symptômes de la phthisie ont marché comme si de rien n'était.

Obs. VI. Fille de vingt-sept ans, entrée le 13 octobre 1838. La percussion donne un son humorique (bruit de pot fêlé) sous la clavicule droite, où l'auscultation fait percevoir : souffle caverneux, gargouillement, pectoriloquie, crachats plaqués, puriformes, dyspnée, fièvre hectique. — Adoucissants, calmants, dérivatifs.

Le 21 décembre, état ci-dessus; pouls à cent cinq; intégrité de l'appareil digestif. — Acide hydrocyanique, deux gouttes; le 22, quatre gouttes; le 23, six gouttes. — La malade répugne à sa potion qui, dit-elle, lui fait mal au ventre. Cependant nous insistons.

Le 25, huit gouttes; le 26, la malade a vomi et refuse absolument de prendre la potion. Nous suspendons.

Les jours suivants, les vomissements cessent et la maladie continue sa marche. — Émollients, calmants, dérivatifs. Aujourd'hui, 1er février 1839, la phthisie continue de marcher.

Ici le remède n'a pu être supporté plus de cinq jours, bien qu'administré à doses minimes eu égard aux doses tolérées par nos autres malades.

Obs. VII. Fille de trente et un ans, lymphatique, portant au cou des cicatrices de scrofules. — Toux chronique; crachats floconneux, caractéristiques; dyspnée; matité; craquement humide; résonnance de la voix sous la clavicule droite; submatité; respiration rude; à gauche; mouvement fébrile continu; sueurs matinales.

Le 6 janvier 1839, acide hydrocyanique, deux gouttes; on augmente successivement, et on arrive, le cinquième jour, à dix gouttes. Nous avons maintenu la même dose jusqu'à ce jour, 1er février. — Vingt huitième jour de l'administration.—Etat stationnaire des symptômes locaux et généraux; toux moins fatigante, mais affaiblissement progressif. Ce matin, les crachats puriformes contiennent des stries sanguines.

Ici, comme dans les cas ci-dessus, l'action du remède a été nulle ou du moins inappréciable.

Il nous reste un huitième fait que nous mentionnons pour l'exactitude : Femme de vingt-sept ans. — Cavernes au sommet du poumon gauche. — Après sept jours d'administration de l'acide hydrocyanique porté à dix gouttes sans aucun accident comme sans aucune modification de la maladie, cette femme veut sortir de l'hôpital. — *Exeat.*

Ces huit cas sont les seuls où nous ayons employé l'acide hydrocyanique, et l'on voit si nous avons eu lieu de nous en féliciter : dans trois cas, la mort est arrivée avec autant de rapidité, probablement, que si la maladie fût restée livrée à son cours naturel, et dans les cinq autres aucune amélioration n'a été notée dans la marche des phénomènes essentiels, à l'exception d'une diminution de la toux dans deux cas; mais, comme compensation, la potion paraît avoir provoqué des vomissements dans deux autres. Il est aussi à remarquer que plusieurs de nos malades se sont plaints d'insomnie (1).

Nous avons dit plus haut sous quelle forme nous avons administré l'acide hydrocyanique; ajoutons ici que, pour ne pas compliquer les effets, nous avons tenu nos malades à l'usage des simples gommeux et au régime lacté et féculent. Si l'on soupçonnait le médicament d'être défectueux, nous invoquerions nos recommandations expresses et les protestations du pharmacien qui, pour donner une idée de la force du liquide, assure que, lorsqu'il le verse dans les fioles, il est obligé de détourner la tête pour éviter les vertiges que lui cause l'odeur de l'acide. A cet égard, il nous vient une idée, c'est que, dans notre potion et à plus forte raison dans le lavage de M. Fantonetti, l'acide s'évapore, se décompose, s'altère, en un mot, et perd beaucoup de son action. Nous ne pouvons expliquer autrement l'innocuité des énormes doses (quarante gouttes) que nous avons administrées.

(1) Aujourd'hui, deux mois après la rédaction de ce travail, le nombre de nos sujets d'expérimentation a doublé, sans résultat plus heureux. Les propriétés *hyposthénisantes* de l'acide hydrocyanique se refusent à notre observation avec une opiniâtreté désolante, du moins en ce qui concerne la fièvre hectique des malheureux poitrinaires. (F.)

Les antagonistes de la méthode numérique eux-mêmes pourront nous objecter le trop petit nombre de nos faits; cependant, tels qu'ils sont, ils peuvent bien signifier quelque chose, car ce serait grandement jouer de malheur que d'être malheureux huit fois sur huit. A Dieu ne plaise que nous élevions quelques doutes sur la sincérité du professeur italien! mais le plus véridique et même le plus habile est sujet à se faire illusion. Il resterait une interprétation : M. Fantonetti pourrait s'écrier avec Baglivi : *in aere romano scribo*, d'où résulterait, dans tous les cas, que son remède ne serait pas universel.

Ce que je veux conclure de tout ceci, c'est que le remède spécifique de la phthisie confirmée est encore à trouver; c'est que l'acide hydrocyanique, comme la digitale, comme le chlore, qui, eux aussi, ont fait concevoir un instant de brillantes espérances, restera, comme devant, un remède utile dans quelques circonstances, contre la toux, par exemple; c'est que la phthisie, qui guérit quelquefois en effet, mais dans des cas très-rares, se dissipe sous l'influence de conditions thérapeutiques inappréciées. Nous aussi, nous pouvons produire des cas de guérison, apparente du moins; mais nous sommes loin de nous en faire gloire, car les mêmes moyens qui nous ont réussi ont échoué dans des milliers d'autres cas. Enfin nous terminons en recommandant aux praticiens de se défier de ces guérisons qui ne sont presque toujours qu'un sommeil temporaire de la maladie, prête à se réveiller à la première occasion; l'anatomie pathologique vient autoriser ce scepticisme, et il suffit d'y réfléchir un instant pour se défier de ces succès, proclamés du reste avec bonne foi, nous voulons le croire.

La science se nourrit de vérités; détruire l'erreur est contribuer au progrès. C'est sous l'influence de cette conviction que nous avons écrit ces lignes, qui ne sont que le prodrome d'un travail que nous méditons sur le plus meurtrier des fléaux de l'espèce humaine.

FORGET.

EXAMEN ET APPRÉCIATION D'UN TRAITEMENT EMPIRIQUE POUR LES AFFECTIONS NERVEUSES DES PREMIÈRES VOIES.

Depuis l'époque où nous avons rappelé les gastralgies et les entéralgies à l'attention des médecins, nous nous sommes efforcé d'éclairer l'histoire de ces névroses, et nous avons résumé dans deux ouvrages (1)

(1) Traité sur les Gastralgies et les Entéralgies, ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins. 3e édition, 1829. — Supplément au Traité sur les Gastralgies, 1838.

très-répandus les connaissances qu'il nous a été possible d'acquérir sur cet important sujet de médecine pratique. Continuant nos recherches et ne voulant laisser échapper aucune occasion d'y ajouter quelques nouveaux traits de lumière, nous examinerons aujourd'hui un traitement empirique dont la partie médicinale est tenue secrète. Les circonstances nous ayant amené à la connaître, et ce traitement pouvant guérir la maladie ou l'aggraver, selon qu'il est administré à propos ou à contre-temps, nous croyons rendre service à la science en le réduisant à sa juste valeur. Le médecin qui en fait sa propriété exclusive se glorifie de l'avoir inventé; mais le régime et les médicaments qui le composent ont une si grande analogie, sous le rapport de leur action, avec ceux que nous avons conseillés avant lui pour les gastro-entéralgies par faiblesse, qu'il en a vraisemblablement puisé l'idée dans notre premier travail. A Dieu ne plaise cependant que nous voulions discuter une question de priorité à laquelle nous n'attachons aucune importance. Notre intention est seulement de dire ce que nous savons sur les résultats d'une thérapeutique qu'il ordonne à tous les gastralgiques indistinctement, quelle que soit la nature de leur névrose. Or, le raisonnement et l'observation nous ont appris que cette thérapeutique grossière et tant soit peu incendiaire ne devait réussir, et ne réussissait en effet que dans les gastro-entéralgies atoniques, dans celles où il n'y a d'autre indication que de relever l'énergie du canal digestif; qu'elle était nuisible, au contraire, dans les cas d'éréthisme nerveux, et quand l'atonie de ce canal s'accompagnait d'une vive impressionnabilité. Il est donc à présumer que ce médecin nomade exagère beaucoup le nombre des succès qu'il en obtient, et qu'il se joue de la crédulité publique, en disant qu'il a quitté Lyon, Bordeaux et Lille parce qu'il avait guéri tous les malades qui s'y trouvaient. Ce qui nous porte surtout à révoquer sa véracité en doute, c'est que nous avons été consulté par des gastralgiques qu'il avait traités et dont plusieurs, loin d'être rétablis, étaient plus mal qu'avant de se soumettre à sa méthode curative. On nous a même assuré que quelques individus avaient succombé sous l'empire de cette méthode. Peut-on croire, d'ailleurs, qu'il y ait de la bonne foi chez un homme qui accuse d'ignorance la plupart de nos premiers médecins, et qui distribue lui-même les substances médicinales qu'il prescrit, après les avoir fait piler afin qu'on ne les reconnaisse pas? Mais nous, qui n'avons aucun secret pour nos confrères, ni pour les malades, nous leur dirons quelles sont ces substances que nous avons examinées avec attention, dans des flacons et des paquets donnés par lui à ses clients, qui nous les ont apportés en venant nous demander des conseils. Il nous suffira, pour remplir cette tâche, de

rapporter une consultation qu'il a délivrée à un de ses malades, et qui paraît être à peu près la même pour tous, puisque la minute en est lithographiée, à ce qu'on nous a dit, et qu'il ne fait autre chose que d'en délivrer un exemplaire à chaque consultant. Ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'on nous en a communiqué plusieurs qui ne différaient les unes des autres que par des variations insignifiantes. Voici cette consultation. Nous ferons connaître les remèdes dans des notes.

« 1° Régime composé de soupes grasses, de viandes de bœuf rôties, en beefteack, à la mode, de gigot, de côtelettes de mouton, de filet de porc, de gibier et de légumes tels que les salsifis, les navets, les pommes de terre au gras ; mais surtout de viandes.

» 2° Pain rassis ; mais éviter les viandes de poulet, de poisson, de dindon et d'agneau, ainsi que les œufs, les laitages, le chocolat, le café au lait et les salades (1).

» 3° Pour boisson aux repas eau rougie avec un tiers de vin, et parfois vin pur ordinaire de Bordeaux.

» 4° Pour tisane, prenez la dixième partie du paquet de chaque espèce (2) ; faites infuser dans deux verres et demi d'eau bouillante de quatre onces chaque ; laissez refroidir ; passez à travers un linge ; ajoutez une demi-cuillerée à bouche de liqueur jaune (3) et sucrez.

« Deux verres et demi par jour que l'on prendra en quatre doses différentes, et dans l'intervalle des repas ; une heure et demie environ après chacun de ces derniers.

A boire à l'état dégourdi.

» 5° Une pilule tous les trois jours le soir en se couchant, et une heure et demie après le dernier repas, si l'on est constipé (4).

« 6° Lotions bien plus que tièdes tous les jours au matin pendant trois minutes chaque fois. Elles se composeront de trois litres d'eau que l'on versera sur les cuisses, afin qu'elle coule sur les jambes (5).

» 7° Après chaque lotion, frictions d'abord avec des linges doux et chauds sur lesquels on versera une forte cuillerée de liqueur blanche ou la huitième partie de la bouteille blanche (6), et les jambes une fois

---

(1) Dans une autre consultation, le céleri et le cresson en salades faisaient partie du régime.

(2) Il y a deux paquets : l'un contient du vulnéraire suisse ; l'autre du quassia amara, de la douce amère et du gayac.

(3) C'est une infusion de racine de gentiane dans du vin blanc.

(4) Ces pilules sont composées d'aloès.

(5) Il était ordonné à un autre malade de verser cette eau sur les épaules, afin qu'elle coulât sur tout le corps.

(6) C'est de l'alkali volatil étendu dans de l'eau.

essuyées, on se frictionnera encore avec des étoffes de laine pendant dix minutes, en exerçant sur chaque point du corps une certaine pression à plusieurs reprises différentes.

» 8° Bien régler ses repas, dont deux, celui du matin de dix à onze heures, et celui du soir à cinq heures, doivent être à la fourchette; tandis qu'après les lotions du matin on prendra une soupe grasse et épaisse, ou un vermicelle au beurre frais, ou un thé, et le soir un morceau de pain avec un peu de viande ou de fromage et un demi-verre d'eau coupé avec moitié de vin.

» 9° Éviter toute impression vive, toute attention soutenue, toute contrariété et surtout de réfléchir à sa maladie.

» Ame contente et exercice ou travail modéré.

» 10° Il y aura des jours où l'on souffrira plus que de coutume, comme par le passé; mais au lieu de s'alarmer, on doit alors manger et boire davantage, quand même on n'éprouverait ni faim ni soif. »

On dira que les personnes qui supportent un pareil traitement ne sont point malades. Ce qu'il y a de certain, c'est que nous n'oserions pas l'ordonner sans lui faire subir de grandes modifications, et que l'hypocondriaque auquel cette consultation avait été délivrée n'a pu supporter la nourriture ni les médicaments qui y sont prescrits. Les essais réitérés qu'il a faits pour accoutumer son estomac à leur présence ont tellement exaspéré ses malaises et ses douleurs, qu'il a été obligé de les abandonner. Nous sommes convenu toutefois que ce traitement procurait des guérisons, et nous avons indiqué l'espèce de névrose gastrique où il pouvait réussir. Mais l'alimentation corroborante seule, ou associée à des remèdes moins compliqués, tels que les ferrugineux dans les cas anémiques, et le *quassia amara* dans les autres, produisent autant de succès et peut-être plus, que le *farrago* alimentaire et médicinal dont nous venons de faire connaître la composition. Sur une foule de gastro-entéralgies atoniques pour lesquelles on nous a demandé des conseils, les unes se sont dissipées par le concours de ces médicaments simples, et les autres, en plus grand nombre, ont disparu sous l'empire unique d'un régime fortifiant. Il est vrai que nous le modifiions suivant les idiosyncrasies individuelles, et que nous en excluions la viande de porc, les pommes de terre et les navets; les salades de céleri et de cresson. Cette viande est trop indigeste, ces légumes sont trop venteux et ces salades trop stimulantes pour des gastralgiques, à moins cependant qu'en vertu d'une bizarrerie incompréhensible, leur estomac les supporte mieux que les substances qui conviennent au plus grand nombre de ces individus. Pourquoi ordonner un si grand assemblage de médicaments qui ne sont pas toujours sans danger, lorsque l'hygiène suffit

pour amener la guérison? Ce n'est certainement pas dans l'intérêt des malades, le seul pourtant que les médecins devraient avoir en vue. Quoi qu'il en soit, nous avons déjà rapporté de nombreux succès obtenus par le régime seul, ou aidé d'une médication fort simple, et nous en possédons de nouveaux qui ne sont pas moins instructifs que ceux où l'on voit figurer la polypharmacie. Nous en consignerons volontiers quelques-uns dans cet estimable journal, pour que nos confrères puissent en profiter, si M. le rédacteur veut nous ouvrir ses colonnes.

BARRAS.

DU SULFATE DE QUININE EN FRICTIONS SOUS LES AISSELLES DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES DES ENFANTS.

Il n'y a pas de médecins qui, ayant observé des épidémies de fièvres intermittentes, n'aient constaté que cette maladie attaque indifféremment les adultes, les vieillards et les enfants. Chaque individu ne réclame pas le même traitement; la thérapeutique doit être basée non-seulement sur la constitution, l'idiosyncrasie des sujets, mais encore sur leur âge. Je n'ai pas besoin d'insister sur le médicament si justement approprié à cette maladie; tout le monde sait que le sulfate de quinine triomphe à coup sûr des terribles symptômes concomitants de cette maladie; il existe plusieurs manières d'administrer ce médicament, mais c'est sur la méthode endermique que nous rappelons l'attention des praticiens.

Sans remonter aux lois d'organogénie pour prouver l'identité de structure de la peau avec la membrane muqueuse, sans relater les expériences de Geoffroi-Saint-Hilaire qui, prenant les derniers êtres de l'échelle animale, faisait de la peau une membrane muqueuse pour la rendre ensuite à sa fonction primitive, et le mémoire récent de M. Flourens (Gaz. Méd. 1838), nous pouvons affirmer que l'absorption de la peau est sinon aussi grande, au moins aussi efficace que celle des membranes muqueuses. De cette loi physiologique est née la méthode iatraleptique; il est facile de concevoir les ressources immenses qu'elle a prêtées à la thérapeutique à une époque surtout où l'inflammation gastrique et intestinale était le protée médical.

Il existe des cas où l'administration des médicaments est interdite non pas par les lésions graves du tube digestif, mais par l'indocilité des malades. La difficulté que l'on éprouve à faire prendre des médicaments à des enfants en bas âge a engagé les praticiens à dénuder la peau. La douleur du vésicatoire a plus d'une fois empêché les parents

de consentir à ce moyen thérapeutique ; ce sont des circonstances semblables qui m'ont forcé à recourir au sulfate de quinine en frictions.

Depuis quelques années un médecin espagnol avait employé le sulfate de quinine en frictions dans un cas de fièvre intermittente pernicieuse, et récemment encore la Revue Médicale a vanté les heureux effets de cette manière d'administrer le médicament dont l'action est prompte et efficace. Sa spécialité pour les fièvres à type régulier est aussi certaine que l'action de l'émétique sur l'estomac, pourvu qu'il soit porté dans le torrent circulatoire.

Le creux axillaire est le point de la surface cutanée où l'absorption doit être la plus grande, quoique M. Larrey ait avancé que la région plantaire jouissait de la propriété d'absorber la plus certaine. Laissons les faits à la théorie et consultons seulement l'observation.

Obs. I. — Jeanne Desbordes, âgée de trois mois, eut au mois de septembre une fièvre intermittente quotidienne. Les frissons étaient les précurseurs de cette fièvre et duraient sept à huit heures. Cet enfant refusait le sein de sa mère, et sitôt que la période de réaction était établie elle s'endormait. Il ne fallait pas songer à lui administrer le sulfate de quinine par la bouche ; l'amertume de cette substance l'aurait empêché de l'avaler soit en nature soit en potion. Il nous restait à le lui donner en lavement. Six grains de sulfate de quinine dissous dans deux onces d'eau de coquelicot avec addition de quelques gouttes d'acide sulfurique devaient lui être administrés une heure avant l'heure présumée de la fièvre, après avoir préalablement vidé l'intestin rectum. La négligence de la mère ou son peu d'habitude l'empêchèrent de le lui donner exactement, aussi ne produisit-il aucun effet ; il en fut de même d'un second. C'est alors que je songeai à lui appliquer un vésicatoire au bras ; mais la négligence qui avait été un obstacle pour l'administration des lavements, devait se reproduire pour le pansement du vésicatoire. Je fis composer la pommade suivante :

Sulfate de quinine,	1 gros.
Axonge,	2 gros.

avec recommandation de frictionner le creux des aisselles deux fois le jour, tout en avant le soin de laisser le même linge pour éviter le contact des vêtements. Au bout de trois jours la fièvre disparut, mais on n'en continua pas moins de faire des frictions pendant plusieurs jours.

Il est rare que le sulfate de quinine ne fasse pas disparaître, le second jour de son administration, les symptômes pyrétiques. Il a fallu dans cette circonstance plus de temps : l'avantage serait pour l'administration intérieure ; mais si l'on considère la facilité et le peu

d'ennui que doivent éprouver les malades, on doit considérer ce moyen comme très-utile chez les enfants en bas âge. Ne doit-on pas chercher en thérapeutique à simplifier la manière d'administrer les médicaments?

Obs. II. — Paul Guy..., âgé de quatre ans, très-irascible, avait une fièvre intermittente depuis plusieurs jours, lorsqu'on voulut lui administrer des lavements de sulfate de quinine. L'irascibilité de ce malade força à renoncer à ce mode thérapeutique. Enhardi par l'avantage que j'avais retiré du sulfate de quinine en frictions, je fis frictionner les aisselles avec une pommade composée de deux gros de sulfate de quinine et trois gros d'axonge matin et soir. Si l'état du malade avait inspiré des craintes, ce n'aurait été qu'avec défiance que j'aurais proposé ces frictions; mais comme on pouvait toujours recourir au sulfate intérieurement, je tentai ce moyen qui fit disparaître la fièvre au bout de trois jours.

L'expérience est venue confirmer ce que l'induction nous avait fait entrevoir. Ce n'est pas seulement aux enfants à la mamelle que le sulfate de quinine en frictions peut être utile, mais encore chez ceux plus avancés en âge. Je ne doute pas de l'efficacité de cette méthode employée chez les adultes.

Obs. III. — Branthôme Clarisse, âgée de six semaines, éprouva, à la fin du mois d'août dernier, une fièvre marquée par des exacerbations et des rémissions régulières. A dix heures du matin elle éprouvait des mouvements spasmodiques dans les bras et les jambes. Les mâchoires produisaient ce claquement, signe pathognomonique des fièvres intermittentes. Cet état se prolongeait jusqu'à onze heures, où apparaissait la période de réaction. Il y avait quatre jours qu'elle éprouvait le même ensemble de symptômes, lorsque je la vis pour la première fois. Des frictions lui furent faites sous les aisselles, matin et soir, avec vingt-cinq grains de sulfate de quinine incorporés dans un gros d'axonge. La fièvre disparut le second jour et on continua les frictions pendant quelque temps.

Obs. IV. — Forguemaule Annette, âgée de deux mois, eut, au mois de septembre dernier, une fièvre tierce qui fut une première fois combattue par les lavements de sulfate de quinine; quelque temps après la fièvre reparut avec les mêmes caractères. On fit des frictions avec la pommade indiquée dans les observations précédentes. Guérison au bout de trois jours.

Ces faits ne servent qu'à augmenter la confiance thérapeutique que l'on doit accorder au sulfate de quinine, quelle que soit la forme sous laquelle on l'emploie, quelle que soit la manière de l'administrer; lors-

qu'il peut être introduit dans l'économie, il triomphe toujours des maladies à type régulier.

Ce n'est pas seulement sous ce point de vue que ces observations nous offrent de l'intérêt, elles doivent nous faire abandonner le plus souvent la méthode de l'application du vésicatoire pour le saupoudrer de sulfate de quinine. L'expérience ayant sanctionné les avantages des frictions telles que nous venons de les indiquer, elles devront être préférées au vésicatoire, qui offre quelquefois de grands inconvénients, et détermine d'ailleurs de la douleur dans tous les cas. F. Dassit.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES AVANTAGES DE L'EXPECTATION DANS LES FRACTURES COMMINUTIVES DES MEMBRES ET LES PLAIES DES GRANDES ARTICULATIONS.

Observations recueillies dans la clinique chirurgicale de M. Reynaud, premier chirurgien en chef de la marine, à Toulon.

« Le grand art du chirurgien consiste à empêcher qu une opération ne devienne nécessaire, et à guérir le malade sans avoir besoin de ce moyen extrême. » (Abernethy.) Ce précepte, que nous trouvons dans les écrits d'un de nos plus grands chirurgiens modernes, et que nous choisissons pour épigraphe, parce qu'il résume parfaitement nos idées sur la thérapeutique chirurgicale des fractures comminutives des membres et des plaies articulaires, nous paraît bien propre à mériter toute l'attention des pathologistes.

L'expectation en chirurgie est, en effet, le plus grand bienfait pour les blessés, quand elle est dirigée par des mains habiles et qu'elle est secondée par une thérapeutique sage, quoique énergique, qui sache prévenir et combattre les accidents consécutifs, s'arrêter quand elle juge ses moyens infructueux, et recourir alors à une opération indispensable, sans attendre que le malade soit trop épuisé, ou que le mal ait fait de tels progrès qu'il soit désormais au-dessus des ressources de l'art. La manière dont nous venons de formuler notre pensée nous mettra à l'abri des objections et des reproches qu'on serait tenté de nous adresser. Nous ne voulons pas entendre par expectation, que le chirurgien attende patiemment des seuls efforts de la nature une guérison souvent achetée fort cher, ou qu'il assiste en spectateur impassible au développement progressif d'accidents qui se termineront par la mort, s'il ne les arrête par une opération devenue nécessaire. Mais enhardi

par l'expérience et des observations nombreuses recueillies soit dans les hôpitaux, soit sur les bâtiments de l'état, soutenu par l'opinion de praticiens distingués, qui ont senti qu'il fallait toujours faire tourner au profit des blessés les ressources si grandes des forces médicatrices de la nature et les moyens rationnels par lesquels la thérapeutique vient à leur aide, nous pensons que dans le plus grand nombre des cas qui semblent nécessiter une mutilation, le chirurgien doit calculer toute la valeur des moyens qui sont en son pouvoir, et chercher à conserver un membre qui, quoique ne remplissant plus qu'incomplétement ses fonctions, peut encore être d'un immense secours, et que des appareils mécaniques ne sauraient jamais remplacer. Il est certainement des bornes que le chirurgien doit s'imposer; un précepte, quelque bon qu'il soit, un but, quelque philanthropique qu'il paraisse, peut devenir nuisible lorsqu'il est mal compris ou mal appliqué, et nous essaierons bientôt de déterminer les cas où il faut agir, et de les distinguer de ceux dans lesquels une sage expectation doit être préférée. Ce que nous voudrions surtout prouver, c'est que dans ces derniers temps il y a eu une fâcheuse tendance à une précipitation souvent funeste; qu'encouragés par des préceptes qu'une guerre longue et glorieuse semblait avoir confirmés, séduits par des succès peut-être exagérés, par des statistiques quelquefois trompeuses; entraînés par l'exemple des chirurgiens d'armée, qui, il faut le dire, se trouvent dans la dure et indispensable nécessité d'amputer, les praticiens n'ont pas toujours conservé une sage réserve. En effet, on a souvent compromis l'art et la santé des malades par des opérations qui font courir autant de dangers qu'un traitement opposé, qui est plus long et aussi incertain, il est vrai, mais qui donne du moins l'espoir de conserver le membre. N'est-il pas temps enfin de revenir à des idées qui soient plus en harmonie avec l'expérience et l'observation? Quel est le praticien, nous le demandons, qui, vers la fin de sa carrière chirurgicale, n'ait senti que dans beaucoup de circonstances le précepte de l'amputation donné par les auteurs ne puisse être modifié, et qui n'ait singulièrement restreint le nombre de cas qui nécessitent cette opération? Élevé dans un des hôpitaux de province qui reçoivent le plus de blessés, familiarisé de bonne heure avec les idées d'un des chirurgiens les plus distingués de la marine, M. Reynaud, premier chirurgien en chef à Toulon, c'est son opinion que nous allons tâcher de faire connaître, en l'étayant d'observations intéressantes qui auraient eu déjà du retentissement, si les faits s'étaient passés sur un plus grand théâtre.

Déjà en 1754, Boucher de Lille avait publié un mémoire dans lequel il signalait la légèreté avec laquelle on pratiquait l'amputation, et tâ-

chait de rappeler les praticiens à une conduite opposée, en leur montrant combien, dans les cas douteux, étaient immenses les ressources de la nature, aidées par un traitement convenable. Dans un autre mémoire il prouvait les avantages de l'amputation sur l'expectation, lorsque l'état de la blessure ne permettait pas d'espérer de conserver le membre. Ces travaux firent tant d'impression que l'Académie de chirurgie mit, la même année, cette question au concours, et l'on sait qu'elle couronna le mémoire de Faure, qui s'était déclaré le partisan de l'expectation. Aujourd'hui cette question est bien jugée, et trente ans de guerre ont suffisamment prouvé que l'amputation faite sur-le-champ doit être préférée à l'expectation, quand elle est indispensable, et que pratiquée à l'époque fixée par Faure, elle n'est qu'un accident grave ajouté à tous ceux qui menacent encore le malade, ou auxquels il vient de résister. Aussi n'est-ce pas sur ce point que nous voulons ramener la question, car plus que tout autre nous sentons que dans les cas graves l'amputation doit être pratiquée aussitôt, sur un champ de bataille ou à bord d'un vaisseau, à l'issue d'un combat. Mais dans les cas où il reste encore quelques chances pour le malade, nous pensons qu'il est plus convenable de temporiser lorsqu'on peut, comme dans un hôpital, l'entourer des soins que son état réclame et le placer dans les conditions les plus favorables.

En général, les modernes n'ont pas dans les forces de la nature la même confiance que les anciens. On voit, dans leurs ouvrages, qu'ils s'attachaient moins à contrarier ses vues, à inventer des procédés plus expéditifs, qu'à suivre pas à pas la marche qu'elle suit, à l'imiter dans ses actes et à appliquer au traitement des maladies les résultats de leur expérience. L'observation des phénomènes qui ont lieu chez beaucoup d'individus qui sont privés de soins éclairés, ou chez ceux qui, par entêtement ou faiblesse, se refusent opiniâtrément à toute opération, et qui finissent néanmoins par guérir, aurait dû pourtant prouver que ce n'est pas sans raison que l'on a droit de compter sur les forces de l'organisme. Que se passe-t-il, en effet, chez le plus grand nombre de ces malheureux? Les symptômes de réaction éclatent avec violence; ils se calment bientôt, pour faire place à un état d'affaissement suivi d'une suppuration abondante, qui se montre tantôt sous forme d'un abcès énorme occupant tout le membre et se faisant jour par plusieurs ouvertures sur des points différents, tantôt sous forme d'abcès isolés, se succédant quelquefois à des intervalles plus ou moins longs; la fièvre les accompagne, et se trouve presque toujours en raison directe de leur nombre, de leur étendue et de leur siége; des organes intérieurs s'affectent, et lorsque ces sympathies ne sont pas assez graves pour constituer une maladie es-

sentiellement mortelle, ou lorsque ces inflammations consécutives, survenant à une époque éloignée, ont pour ainsi dire servi de médication révulsive, on voit les malades revenir à la vie, la suppuration diminuer, les escharres se détacher, les esquilles se faire jour et être éliminées, la fièvre se calmer, la cicatrisation faire des progrès, un calvolumineux être secrété, joindre les fragments osseux, se solidifier et rendre au membre une partie de sa liberté et de sa force premières. Combien de malades n'avons-nous pas vus qui paraissaient voués à une mort certaine, et qui ont fini par guérir, en dépit des prévisions contraires! Or, si dans un grand nombre de cas la nature fait à elle seule les frais de la guérison, que ne devra-t-on pas en attendre lorsqu'elle sera secondée par les moyens thérapeutiques que la raison et la théorie avouent, et que l'expérience confirme tous les jours!

Ainsi, dans un hôpital, et à plus forte raison dans la pratique civile, faut-il recourir à l'amputation, cette ressource extrême de la chirurgie :

1° Lorsque, dans les fractures comminutives, les os auront été brisés en éclats, que des esquilles auront traversé la peau, que les téguments auront été contus, déchirés, que du sang se trouvera épanché en assez grande quantité au voisinage de la fracture;

2° Lorsque dans les plaies des grandes articulations faites par des instruments tranchants ou contondants, par les corps lancés par la poudre à canon, ou dans les luxations graves, les surfaces articulaires auront été mises à nu, déchirées, et que ces lésions seront compliquées de la saillie des os?

L'observation prouve que dans ces cas si graves, où les anciens ne voyaient d'autre ressource que l'amputation, cette opération n'est pas toujours nécessaire, lorsque l'artère et le nerf principaux du membre ont été conservés, et qu'il n'existe d'ailleurs aucune lésion des organes splanchniques. La conservation de l'artère et du nerf est une condition indispensable; car on conçoit que sans elle il serait impossible que la vie pût s'entretenir dans la partie inférieure du membre, qui serait inévitablement frappée de mort; dans le cas contraire on doit s'attendre à des accidents formidables, mais qui ne sont pas toujours au-dessus des ressources de l'art. D'ailleurs, si les phénomènes consécutifs laissent peu d'espoir d'une issue aussi heureuse, si des réactions sympathiques se réveillent dans l'économie, ne peut-on pas, en enlevant leur cause, détruire leurs effets, et l'amputation pratiquée un peu plus tard sera-t-elle toujours suivie d'une terminaison funeste? Nous ne le croyons pas. Si l'on n'a pas attendu pour opérer que l'organisme soit très-affaibli, que des organes importants soient affectés, que le sang soit vicié, que

des symptômes adynamiques se manifestent, le malade ne sera pas dans des conditions beaucoup plus défavorables, et si les praticiens conviennent de bonne foi qu'on ne sauve qu'un très-petit nombre d'amputés alors que toutes les circonstances semblent se réunir pour présager un heureux résultat, on sera forcé d'admettre que l'expectation a des avantages réels, puisqu'elle peut conserver un membre utile, et que dans le cas où ses espérances sont déçues elle ne fait pas courir au malade des chances plus fâcheuses qu'une conduite opposée. Les fastes de l'art sont pleins d'observations semblables, et s'il fallait citer des exemples, nous en trouverions même chez les partisans les plus exclusifs de l'amputation pratiquée dans les cas douteux.

Quelle sera la conduite à tenir dans ces circonstances? Elle est toute tracée par la nature de la lésion et la constitution du blessé. Chez les sujets sains, robustes, d'un tempérament sanguin, les saignées générales et locales, la diète, les boissons rafraîchissantes; chez les sujets faibles, de constitution lymphatique, nerveuse ou détériorée par des maladies antécédentes, l'association de ces moyens aux calmants, aux opiacés surtout, donnés à des doses assez fortes pour plonger l'économie dans un état de torpeur qui assoupisse les phlegmasies sympathiques, nous paraissent être très-propres, sinon à prévenir, du moins à modérer les symptômes inflammatoires. Chez tous, le débridement large des plaies et des tissus fibreux et aponévrotiques; l'extraction des esquilles, qui sont, par leur présence, une cause incessante de douleur et d'irritation; la résection des portions d'os saillantes et dénudées de leur périoste, dont l'élimination nécessiterait un travail long et pénible; la coaptation parfaite des fragments ou des surfaces articulaires à l'aide d'un bandage convenable; les affusions d'eau froide continuées pendant longtemps; les émollients ou les résolutifs selon les indications; le bandage amidonné lorsque les premiers accidents se sont calmés; les révulsifs intérieurs ou extérieurs lorsqu'il survient quelque complication, nous paraissent les meilleurs moyens à mettre en usage, et nous osons souvent compter sur leur efficacité. Tâchons d'apprécier leur valeur thérapeutique. Nous n'insisterons pas sur les avantages de la diète et des saignées. Tous les auteurs s'accordent sur ce point, que s'il est nécessaire d'affaiblir le malade, le moyen le plus sûr d'y parvenir est de ne pas fournir au sang des éléments réparateurs des pertes qu'il éprouve. Il ne faut pourtant pas que cette diète soit portée trop loin; parce qu'elle ne tarderait pas à plonger l'économie dans une faiblesse trop grande. Les saignées générales doivent être continuées tant que le pouls conserve de la force, de la plénitude, que le sang est riche en matériaux nutritifs. Quant aux saignées locales, il est un précepte im-

portant que nous devons signaler. Il faut les pratiquer, non pas sur le lieu même de la blessure ni à ses environs, mais sur un point plus éloigné, vers la partie supérieure du membre, où viennent aboutir ou se répandre ses plus gros troncs veineux. On obtient ainsi une déplétion tout aussi salutaire, et comme on les pratique sur des tissus sains, on évite l'irritation que les piqûres des sangsues ou les scarifications des ventouses ne manquent pas de provoquer, et les accidents dont elles pourraient être suivies sur des tissus si éminemment disposés à des inflammations de mauvais caractère. On conçoit, d'ailleurs, que l'évacuation sanguine sera tout aussi abondante qu'aux environs de la blessure, puisque là on n'agirait que sur des vaisseaux contus, et dans lesquels la circulation doit être nécessairement ralentie.

Le débridement des plaies par l'incision des tissus fibreux et aponévrotiques, qui a été attaqué dans ces derniers temps, nous paraît au contraire un des moyens les plus puissants qui puissent entrer dans le traitement des fractures compliquées, non-seulement à cause de la détente sanguine qui le suit, mais encore parce qu'il met à l'aise les tissus sous-jacents, fait cesser leur compression et leur étranglement, ouvre une voie plus large aux liquides épanchés, et permet de reconnaître toute l'étendue des désordres. Ces débridements seront d'autant plus avantageux qu'ils auront été faits dès le début. On épargne alors au malade des douleurs qui sont très-vives lorsqu'on opère sur des tissus déjà enflammés, et on prévient celles qui résulteraient de l'étranglement des parties.

Les esquilles devront être recherchées avec soin, extraites avec patience et délicatesse, sans torturer les parties voisines, surtout si elles sont nombreuses, d'un petit volume et enchâssées dans les tissus environnants. Il faut souvent aider leur sortie par de petites incisions bien ménagées. Il est essentiel d'enlever toutes celles qui, ne pouvant être replacées dans le lieu qu'elles occupaient, piqueraient les parties voisines et deviendraient là source d'accidents inflammatoires souvent renouvelés. Si elles étaient trop volumineuses il faudrait tâcher de les replacer et de les maintenir dans la position la plus convenable par la position et par le bandage. Faut-il réséquer les portions d'os saillantes à travers les téguments? Oui, si elles n'ont pas une trop grande longueur (2 pouces), et si elles ne sont pas dénudées de leur périoste, car dans ce dernier cas elles deviendront un corps étranger qu'un travail de suppuration long et dangereux pourra seul éliminer. Dans les luxations compliquées de la saillie des extrémités osseuses ou de la sortie d'un os, ces parties ont pu être réséquées ou enlevées, et des observations nombreuses attestent l'innocuité de l'ablation de l'astragale.

Mais il est un moyen sur lequel nous ne saurions trop insister, parce qu'il est appelé à modifier tout le traitement des fractures et des grandes plaies articulaires. Nous en avons vu obtenir de si beaux résultats que nous n'hésitons pas à lui accorder un des premiers rangs parmi les ressources de la chirurgie. Les arrosions continues d'eau froide employées dès le début du traitement, font avorter l'inflammation, arrêtent le gonflement des tissus, calment les douleurs, assoupissent les irritations sympathiques, étouffent la réaction sanguine; les tissus plongés dans un bain permanent sont pâles, décolorés; leurs vaisseaux ne reçoivent que la quantité de sang nécessaire à l'entretien de la vie; il est étonnant combien, sous leur influence, les phénomènes inflammatoires sont modérés, s'ils ne sont tout à fait nuls. La suppuration s'établit lentement : elle est légère, de bonne nature, et tout se prépare à une cicatrisation sans orages. Pour en retirer tous ces bons effets, il faut que l'eau soit à la température ordinaire, que le membre soit placé dans un appareil qui préserve le lit de l'humidité, et que les parties qui ne devront pas être soumises au courant d'eau soient entourées de flanelle chaude. Ces précautions suffisent pour mettre le malade à l'abri du froid et des irritations pulmonaires et abdominales auxquelles on a prétendu que les arrosions continues pouvaient donner lieu. L'action de l'eau n'est point ici résolutive : elle est antiphlogistique, sédative, et, sous ce dernier rapport, elle l'emporte sur tous les agents médicinaux qu'on a décorés de ce titre. Ces arrosions doivent être continuées pendant tout le temps qu'on a à craindre une réaction inflammatoire. Il vaut mieux en prolonger l'emploi que de s'exposer, en les cessant, à voir survenir des accidents qu'il serait peut-être difficile de maîtriser.

Mais malheureusement, dans quelques circonstances, les arrosions froides ne peuvent être longtemps mises en usage, lorsque dès le début, par exemple, il survient une phlegmasie pulmonaire ou abdominale due à toute autre cause, ou lorsque les tissus ont été si violemment contus qu'ils sont en partie frappés de mort. Dans ce cas, il faut les remplacer par des cataplasmes opiacés qui, de beaucoup préférables aux résolutifs dans presque toutes les circonstances, ont de plus l'avantage de modérer l'inflammation, de relâcher les tissus, de favoriser la suppuration, et sont surtout utiles lorsqu'un abcès s'est formé autour des parties blessées.

Le membre sera placé dans la position la plus convenable. Dans les premiers jours, un bandage contentif fait avec un plan de bandelettes de Scultet et un drap fanon, légèrement serré, maintiendra les fragments osseux; on le renouvellera le moins possible, pour épargner au

malade de nouvelles douleurs, et seulement lorsqu'il aura été sali par le sang ou la suppuration. Ce changement se fera avec promptitude et délicatesse, en évitant de laisser la place longtemps exposée au contact de l'air. Lorsque les premiers symptômes auront été calmés, qu'on jugera les arrosions inutiles, il n'est pas de meilleur moyen pour hâter la cicatrisation des plaies et favoriser la solidification du cal, que l'emploi du bandage amidonné. Il faut avoir l'attention de pratiquer, aux endroits qui correspondent aux plaies, des ouvertures qui permettent de les surveiller, de les panser, et de donner issue à la suppuration. Ce bandage a le grand avantage de permettre au malade des mouvements dans son lit, de marcher même à l'aide de béquilles, d'être léger, d'une application facile, d'être parfaitement contentif lorsqu'il est bien appliqué, et de ne jamais se déranger. On ne le renouvelle que lorsque la diminution du gonflement du membre fait qu'il ne se moule plus exactement sur lui, ou lorsque la suppuration salit, ramollit et altère les tissus dont il est formé. Les arrosions continues d'eau froide et les bandages inamovibles sont destinées à opérer, dans le traitement des fractures comminutives et compliquées, une révolution complète qui tournera à l'avantage des malades et à la gloire de la chirurgie.

Quant aux phénomènes sympathiques que les grands délabrements doivent susciter dans l'économie, il n'est aucun précepte à établir. Le praticien doit s'attacher à interroger tous les organes, à prévenir les complications et à les combattre par des moyens convenables. C'est ici surtout qu'il doit faire preuve de ce tact, de cette sagacité qui constituent l'habile médecin. Nous dirons seulement qu'il est une époque du traitement où l'on doit soutenir les forces du malade, et qu'alors les toniques, les vins généreux, le quinquina constituent une médication aussi rationnelle que fertile en résultats avantageux.

A ces considérations toutes pratiques nous allons ajouter quelques exemples extraits des observations nombreuses que nous a fournies la clinique de M. Reynaud, et qui viendront corroborer, je pense, les opinions que nous avons émises dans ce travail.

Obs. I. Le 1er mai 1834, dans une salve d'artillerie, un boulet oublié par mégarde dans un canon vint tomber au milieu de la batterie de 24 du vaisseau le *Suffren*, et blessa plusieurs hommes. Parmi eux se trouvait le nommé Legall Yves, matelot, âgé de vingt-un ans, qui avait été atteint par un éclat de fanal brisé par le boulet. Il existait à la partie inférieure de l'humérus gauche, très-près des condyles, une fracture comminutive, compliquée d'un gonflement assez considérable des parties molles qui avaient été divisées en dehors et en arrière de l'articulation du coude, par deux plaies longues de deux pouces environ, à bords contus et déchirés. L'inspection de ces plaies fit reconnaître que la capsule articulaire avait été ouverte, ce que confirmait du reste l'écoulement

d'un peu de synovie sanguinolente; on s'assura aussi que l'humérus était fracturé en deux points fort rapprochés, et que le condyle externe était presque complétement séparé. Les deux plaies débridées, en haut et en bas, furent réunies par une incision oblique, et le membre placé dans l'extension et maintenu par un bandage contentif et un drap fanon, fut arrosé toutes les heures avec de l'eau de Goulard. Le soir une saignée fut pratiquée et renouvelée le lendemain. La nuit fut bonne, le gonflement n'augmenta pas sensiblement, quelques élancements se firent sentir dans le membre qui était engourdi. (Diète, potion opiacée.) Le 3 la fièvre se déclara, quoique le gonflement fût à peu près le même; il y a de la douleur, des élancements. (Saignée, potion opiacée.) Le 4, on fut obligé de changer le bandage, et l'avant-bras étant en légère pronation le membre fut placé dans une demi-flexion. Les arrosions d'eau résolutive furent continuées. Le 7, la suppuration s'établit, on remplace les arrosions par des cataplasmes émollients. Un léger embarras gastrique et la constipation furent combattus par des potions d'huile de ricin. La suppuration devint de plus en plus abondante et forçait de renouveler tous les jours l'appareil. Le malade s'affaiblit, il survint des frissons, de la fièvre le soir, des sueurs pendant la nuit, des soubresauts des tendons, de la diarrhée, contre lesquels on administra d'abord le sulfate de quinine uni à l'opium, et ensuite les anodins et la thériaque. La décoction de quinquina fut donnée tous les matins dans une infusion légère de camomille lorsque les symptômes d'irritation intestinale furent dissipés. Ces phénomènes morbides entretenus par la suppuration ne cédèrent que très-lentement; les fragments osseux baignés par le pus s'exfolièrent, quelques esquilles sortirent par la plaie, et lorsque ce travail éliminatoire fut terminé, la suppuration diminua, le pus devint de bonne qualité, les plaies se cicatrisèrent, la consolidation des bouts de l'os s'opéra, un bandage roulé maintint l'appareil. Vers la fin du traitement le membre fut mis alternativement dans l'extension et la flexion, et l'articulation soumise à de légers mouvements. Ces précautions ne purent empêcher la formation d'une demi-ankylose, qui ne fut pas modifiée par les bains anodins que prit le malade, et Legall sortit de l'hôpital le 8 octobre après six mois de traitement, conservant un membre qui, bien qu'ankylosé, pouvait lui rendre encore d'immenses services.

Dans les plaies de l'articulation huméro-cubitale, M. Reynaud donne pour précepte de faire changer souvent la position du membre, de lui faire exécuter des mouvements vers la fin du traitement, et à l'aide de ces soins bien ménagés il parvient souvent à prévenir l'ankylose complète.

Obs. II. Tahet Pierre, matelot du vaisseau le *Trident*, âgé de vingt ans, très-robuste, eut l'avant-bras pris entre une caronade et la vergue du grand perroquet; il en résulta une fracture des deux os, avec broiement du cubitus et attrition des parties molles. Deux plaies existent à la partie externe, une à la face postérieure, le radius est fracturé en deux endroits vers la réunion du tiers supérieur avec le tiers inférieur; le cubitus est dans ce dernier point réduit en esquilles nombreuses. Malgré la gravité de ces désordres on espère conserver le membre: les plaies sont agrandies et une incision est pratiquée sur le côté

antérieur, autant pour débrider et prévoir l'étranglement que pour donner issue aux esquilles que l'on pourra extraire. On enlève cinq morceaux d'os appartenant au cubitus et dont l'un a plus d'un pouce; le membre, placé dans un appareil à fracture de Seultet, est soumis aux arrosions continues d'eau froide au moyen d'un siphon plongeant dans un baquet d'eau situé à côté du malade. (Diète, limonade, deux saignées à six heures d'intervalle.)

Du 17 juillet 1837, jour de l'accident, au 23, le malade fut bien; il survint un léger gonflement, un peu de démangeaison vers les plaies qui ne fournirent qu'un suintement médiocre d'une sérosité purulente; il n'y eut pas de douleur, pas de fièvre. Le 23, le bandage fut changé; on trouva le membre et les plaies dans un état satisfaisant. Le 1er août le gonflement du poignet et de l'avant-bras diminua d'une manière bien sensible; la suppuration était peu abondante et de bonne qualité. Le malade mange le quart de la ration. Le 6 le gonflement a presque entièrement disparu; les plaies se couvrent de bourgeons charnus, et marchent vers la cicatrisation. Le 13, il survint une violente céphalalgie, avec soif vive, face animée, pouls fort dur et fréquent; on pratiqua une saignée et les symptômes se calmèrent. Le 16 une esquille longue et effilée fut extraite de la plaie postérieure. Le 29 on supprime le bandage à fracture, et le membre n'est maintenu que par un drap fanon roulé autour de lui et fixé par des rubans. Le 9 septembre les plaies sont cicatrisées; il survient un peu d'œdème à la main et un léger gonflement inflammatoire vers le haut de l'avant-bras, qui se dissipent en quelques jours par l'emploi des émollients. On s'aperçut alors qu'il existait une fausse articulation entre les deux fragments du radius qui n'avaient pu être maintenus parfaitement en contact. Un coussinet, placé de manière à faire arcbouter le fragment inférieur contre le supérieur, fut maintenu par un bandage roulé. Ce moyen ne suffisant pas, le bandage amidonné à trois rangs de bandelettes fut appliqué, laissé en place pendant quarante jours, et quand on l'enleva, le cal, et un cal solide, réunissait les deux fragments. Tahet sortit guéri le 24 décembre, conservant un avant-bras dont les mouvements étaient loin de jouir d'une liberté normale, mais qui permettaient au malade de suffire à ses besoins.

Obs. III. Dol Fortuné, mousse, âgé de dix ans, est apporté le 8 mai 1835 à l'hôpital de la Marine, atteint d'une fracture de la partie moyenne de l'humérus droit compliquée de plaies. La fracture est en bec de flûte, le fragment supérieur fait une forte saillie en dehors sous les téguments; il existe une plaie considérable occupant la plus grande partie de la région antérieure du bras, toute la partie interne, et s'étendant à la partie postérieure. L'aponévrose brachiale est déchirée, les muscles sont à découvert. Le muscle coraco-brachial est complétement divisé, ainsi que la moitié interne du biceps; l'artère brachiale est à nu, de plus quelques contusions aux jambes. Cette lésion a été occasionnée par le choc de la roue d'un bateau à vapeur qui traversait la rade, et qui a fait chavirer le canot dans lequel ce mousse se trouvait.

La fracture fut réduite, les plaies couvertes d'un linge enduit de cérat, de la charpie molle et un bandage convenable appliqués pour maintenir le bras dans le repos et dans l'extension. (Diète, saignée au bras, limonade.)

Le 9, la plaie fut pansée, elle excitait peu de douleur. Face animée, pouls dur et fréquent, peau sèche et chaude, soif. (Deux saignées dans la journée, limonadé, lavement.)

Le 10, sommeil, bouche mauvaise, langue blanchâtre, soif, pouls vif et dur,

cent dix pulsations, peu de douleur, légère exacerbation le soir. (Saignée, limonade.)

Le 11, révasseries, pouls moins dur, deux selles. Le gonflement de la plaie est presque nul, la douleur assez vive, une escharre qui s'est formée à la partie externe du bras réunit les deux plaies et ne laisse aucun point de la circonférence du bras intact; la suppuration s'établit; les affusions d'eau de Goulard qu'on avait faites jusqu'à présent sont remplacées par des cataplasmes émollients. Cette escharre se détacha et fit place à une plaie profonde; un petit abcès se forma dans l'aisselle; la suppuration fut très-abondante; on favorisa le libre écoulement du pus, en plaçant le membre sur un plan oblique de haut en bas; deux esquilles appartenant au fragment supérieur furent entraînées au dehors. Lorsque ces accidents furent calmés, la cicatrisation fit des progrès rapides, la consolidation des deux bouts de l'os ne se fit pas attendre, et ce petit mousse sortit de l'hôpital après cinq mois de séjour, conservant un bras qui, quoique un peu arqué en dehors à cause de la difficulté que la plaie offrait pour l'application d'un bandage contentif, lui servira dans la suite. Dans le cours du traitement ce petit malade prit, dès le début, quelques potions opiacées, et fut ensuite soumis à l'usage de la décoction de quinquina.

Obs. IV. Jory Joseph, matelot, vingt-trois ans, entre à l'hôpital le 21 mai 1838. Cet homme vient de faire une chute du mât de misaine du paquebot le *Castor*. (Quinze pieds environ). Voici ce que l'on observe : fracture comminutive de l'humerus gauche, saillie des fragments sous la peau, qui déforme le membre, vaste plaie linéaire occupant toute l'étendue de l'aiselle; huit points de suture réunissent cette plaie; un bandage simple et deux attelles maintiennent le membre momentanément. Cet homme est dans un état d'ivresse qu'on dissipe à l'aide d'une potion ammoniacée; une saignée est pratiquée aussitôt après. Le soir elle est renouvelée et on enveloppe le membre dans un bandage de papier amidonné.

Du 21 au 26, il y eut quelques accidents généraux que l'on combattit par des saignées, la diète, les rafraîchissants.

Le 26, on fut obligé d'enlever le bandage amidonné; une suppuration abondante sortait par la plaie de l'aisselle. On dirigea, mais trop tard, sur la fracture des arrosions froides continues; le malade ne put les supporter, et on fut obligé de les remplacer par des cataplasmes laudanisés; deux incisions pratiquées aux faces interne et externe du bras donnèrent issue à une très-grande quantité de sang épanché. La suppuration s'établit, affaiblit le malade qui éprouva des accidents assez graves, contre lesquels on dirigea les toniques à l'intérieur; des abcès se formèrent successivement sur plusieurs points du bras et de l'aisselle; des esquilles nombreuses sortirent par la plaie et par les nouvelles incisions que nécessitaient ces abcès isolés, qui apparaissaient çà et là; parmi elles il y en a deux qui sont très-longues, un pouce et demi, et qui circonscrivent presque la circonférence de l'os. Un cal volumineux s'est formé, qui réunit les deux fragments et qui s'est insinué dans les parties molles. Le malade peut soulever son bras; les mouvements de l'articulation huméro-cubitale sont libres, et tout fait espérer qu'après la sortie de quelques fragments osseux qui entretiennent encore la suppuration, et après avoir traversé tant d'accidents, cet homme sortira de l'hôpital conservant un membre qu'il aurait fallu amputer dans l'article, et qui pourra lui être encore de quelque utilité.

Obs. V. — Ricard Jules, mousse, âgé de quinze ans, entre à l'hôpital le 9 novembre 1837, atteint d'une fracture comminutive du bras droit au niveau de l'articulation du coude, compliquée de plaies de trois et de deux pouces de long, situées aux parties externe et interne du bras. Cette blessure a été produite par la chute d'un barril sur cette partie ; les plaies sont légèrement débridées, la fracture réduite et des arrosions continues sont dirigées sur le membre placé dans un appareil convenable. On pratiqua une petite saignée ; il n'y eut pas de réaction inflammatoire, pas de douleur ; les irrigations furent cessées vingt jours après ; il existait au coude et à l'avant-bras un peu de gonflement œdémateux. Quelques jours après il survint à la partie antérieure et interne de l'articulation huméro-cubitale deux abcès qui furent ouverts, suppurèrent, et par les plaies desquelles sortirent quelques petites esquilles. Le 11 mars, c'est-à-dire, quatre mois après, ce malade sortit ne conservant qu'un peu de raideur dans l'articulation du coude.

A ces observations recueillies dans les salles de M. Reynaud, j'en ajouterai une dernière qui m'est propre, et qui me paraît aussi digne de quelque intérêt.

Holande, apprenti marin, vingt-cinq ans, constitution faible, tempérament nervoso-sanguin, tombe le 13 novembre 1837 du faux pont dans la cale du vaisseau le *Trident* au milieu des debris d'une bouteille. Un des fragments pénètre dans le genou gauche en faisant une plaie énorme au-dessous de la rotule : lorsque je vis le malade, quelques minutes après l'accident, la jambe, pendante et fléchie sur la cuisse, laissait béante, au-devant du genou, une plaie de cinq pouces, mesurant l'espace compris entre les tubérosités du fémur au-dessous de la rotule ; cet os s'était rétracté vers la cuisse de trois pouces au moins par la section complète du ligament rotulien ; le ligament latéral interne de l'articulation était coupé dans sa moitié antérieure, et la capsule synoviale si profondément divisée que la peau montrait à nu les surfaces articulaires ; un fragment de verre qui s'était enchassé au milieu des ligaments croisés en érodant la surface des condyles du fémur, put être retiré sans difficulté ; le sang qui s'échappait en nappe fut bientôt arrêté par le lavage à l'eau froide et l'affrontement des lèvres de la plaie.

Avant de recourir à l'amputation, qu'une lésion aussi grave par ses suites paraissait nécessiter, je voulus tenter de conserver le membre en employant les arrosions froides, bien déterminé à le sacrifier si je ne pouvais enrayer les phénomènes inflammatoires, ou si leur violence était de nature à me faire craindre une terminaison funeste.

Le membre fut placé et maintenu dans l'extension sur une large attelle étendue du bassin au talon ; les lèvres de la plaie furent réunies par quatre points de suture, un bandage unissant aida leur action, et un siphon plongé dans un seau suspendu au-dessus du lit dirigea sur l'appareil un jet continu d'eau froide. Le soir on pratiqua une saignée de précaution proportionnée à la quantité de sang perdu par la plaie ; la nuit fut calme ; le lendemain un peu de gonflement et quelques élancements douloureux s'étant manifestés, le bandage unissant fut supprimé ; soixante sangsues appliquées assez loin du genou et les arrosions continuées ; le soir de ce jour un léger mouvement fébrile fut l'indication d'une nou-

velle saignée. Depuis ce moment je n'ai plus constaté ni gonflement, ni douleur, ni accélération du pouls ; le régime, sévère d'abord, fut léger pendant tout le traitement ; le malade, comprenant tout le danger de sa blessure, contribua à en assurer la guérison, par sa docilité, sa patience et l'immobilité qu'il sut garder. Le douzième jour la plaie était réunie par première intention ; les fils furent retirés et les ouvertures qu'ils laissaient suppurèrent seules pendant quelques jours. Le vingt-deuxième, les arrosions furent supprimées ; pendant tout ce temps l'appareil n'a été changé que quatre fois, et c'est à ces pansements rares et aux arrosions d'eau froide que j'attribue la promptitude de la cicatrisation. A cette époque, jugeant que l'ankylose était inévitable, et craignant que des mouvements prématurés ne vinssent détruire les bienfaits du traitement, j'appliquai un bandage amidonné qui emboîtait le genou et le retenait dans une immobilité complète. Le malade put alors se lever soutenu par des béquilles. Le 2 janvier le genou a son volume normal, la rotule est presque descendue à sa place habituelle, une nodosité plastique a réuni les deux bouts du tendon divisé, et les mouvements de flexion, quoique bornés, font espérer que l'ankylose ne sera pas complète. Cet homme fut renvoyé en France, ne pouvant plus servir comme matelot.

L. Cabissol,

Chirurgien de première classe de la Marine.

NOTE SUR LES MODIFICATIONS HEUREUSES QU'A SUBIES, DANS CES DERNIERS TEMPS, LA DILATATION DU CANAL DE L'URÈTRE.

Surpris de ne voir mentionner dans les ouvrages les plus récents, et notamment dans les *Nouveaux éléments de chirurgie* que vient de publier M. Bégin, la dilatation du canal de l'urètre que telle qu'elle était pratiquée autrefois ; surpris surtout du jugement défavorable qu'a porté M. Civiale sur les modifications qu'elle a subies depuis quelques années, je crois devoir les signaler et entreprendre leur défense.

Consulté, au mois de décembre 1837, par M. G..., capitaine au corps royal du génie, qui portait depuis plusieurs années un rétrécissement urétral, déjà traité et par la dilatation ordinaire et par la cautérisation, je lui proposai l'emploi de la dilatation brusque et rapide ; mais il s'y refusa parce que son canal était extrêmement irritable et que récemment encore il avait été très-malade pour avoir gardé pendant deux jours une sonde à demeure dans la vessie. Sur ces observations, je cédai au désir que me témoigna le capitaine G... d'être soumis à une cautérisation prudente et ménagée ; et commençant par le numéro quatre du jeu des sondes à cautériser du professeur Lallemand, je m'arrêtai au numéro six, celui-ci ne pouvant pas être dépassé sans violence ; aussi dix cautérisations faites à trois jours d'intervalle l'une de l'autre ne donnèrent-elles qu'un résultat peu satisfaisant.

Pressé d'être guéri parce qu'il venait d'être désigné pour aller en Afrique, cet officier se décida à essayer de la méthode que je lui avais proposée.

Le col de la vessie étant généralement beaucoup plus irritable que le canal de l'urètre, et le rétrécissement de ce malade n'étant situé que depuis un pouce et demi du méat urinaire jusqu'à deux pouces et un quart, je pensai qu'il n'était pas indispensable de porter les instruments de la dilatation jusque dans la vessie, et j'espérai, par cette précaution, éviter la réaction générale dont était ordinairement suivi, chez lui, le séjour des sondes ou bougies dans la cavité vésicale. Ayant donc introduit, le 24 janvier 1838, à huit heures du matin, une bougie numéro 5 dans le canal de l'urètre, et l'ayant poussée jusqu'à quatre pouces dans le canal, je la coupai à un pouce en dehors du méat urinaire et la fixai autour du gland. A dix heures, après m'être assuré par des mouvements de *va* et *vient* que la bougie déjà en place avait du jeu, je lui en substituai une autre du numéro 6 qui, à son tour, fut remplacée, à midi, par une bougie du numéro 7. A trois heures de l'après-midi, j'introduisis le numéro 8, et à neuf heures du soir le numéro 9. Trois crêmes de riz et une pinte d'émulsion avaient constitué le régime de la journée; la fièvre fut nulle. La nuit suivante, durant laquelle le numéro 9 était en place, fut si bonne que le capitaine ne voulut plus s'astreindre à rester au lit, ainsi que je le lui avais fait faire la veille. Ainsi donc, ce fut assis dans son fauteuil, lisant et écrivant auprès de son feu, qu'il garda, le 25 janvier, une bougie du numéro 10 depuis huit heures du matin jusqu'à midi, et le numéro 11 depuis midi jusqu'à neuf heures du soir. La verge était alors sensiblement tuméfiée et un peu douloureuse, mais il n'y avait pas de fièvre, et le malade me pria de lui introduire encore le numéro 12. Il y eut durant la nuit quelques érections qui le tinrent éveillé et lui procurèrent un peu d'agitation; mais un bain général de deux heures qu'il prit dans sa chambre le matin, et un second, de pareille durée, qu'il prit le 27, lui permirent d'assister à une revue qui eut lieu ce jour-là.

En présence d'un fait pareil, n'ai-je pas dû être surpris que M. Civiale ait avancé que « la dilatation brusque et rapide des points rétrécis entraîne *certainement* des dangers, et qu'une telle pratique est tout aussi peu rationnelle que les cautérisations, les injections forcées et surtout les scarifications? » Ma plume se refusait à écrire le mot *cautérisation*, tant j'ai de peine à comprendre que M. Civiale range la méthode que représente ce mot parmi les pratiques irrationnelles! Je ne nie pas que, dans quelques salles de l'Hôtel-Dieu, de Paris sans doute,

où cette pratique a été essayée, les malades aient déserté, et que l'un d'eux, vieux soldat qui avait appris à souffrir, se soit écrié : « Plutôt la mort que les sondes ! » Mais ce que j'ai vu me parle plus haut que ce dont je n'ai pas été le témoin ; et à l'effroi des malades qu'invoque M. Civiale, j'oppose la soumission et la confiance de tous ceux qui accourent, à Montpellier, dans les salles du professeur Lallemand.

Quel fut le résultat de la dilatation brusque et rapide chez le malade dont j'ai parlé? le voici : le 27, après la revue à laquelle il avait assisté sans m'en prévenir, le canal de l'urètre ne put recevoir qu'une sonde du numéro 8, encore même était-ce avec quelques douleurs; mais ayant été introduite le lendemain et les jours suivants par le malade lui même, qui avait soin de ne la porter qu'à quatre pouces dans le canal et de ne la garder qu'une heure à peu près, elle put être remplacée, le 3 février, par une sonde du numéro 9. Voulant alors consolider la guérison qui n'avait jamais été que momentanée chez le capitaine G..., je dirigeai sur l'ancien siége de la coarctation urétrale la cuvette d'une sonde d'argent, de même volume que la dernière, en caoutchouc, qui servait à la dilatation, et je fis une légère cautérisation. Le résultat répondit à mon attente : après la chute de l'escarre, des sondes du numéro 10 et 11 purent être introduites; le capitaine G... partit, au commencement de mars, pour l'Afrique, d'où il m'a fait savoir dernièrement, par un chirurgien militaire qui est venu à Montpellier, que sa guérison ne s'est nullement démentie et qu'il passe aisément, une fois par mois, un cathéter en étain du numéro 10.

J'aime à croire que cette observation, à laquelle j'en pourrai ajouter quelques autres semblables lorsqu'elles auront assez vieilli pour qu'on ne révoque pas en doute la stabilité des guérisons, disposera à penser que les auteurs qui s'imposent la tâche de faire, dans des traités nouveaux, l'inventaire de la science, devraient parler de la dilatation du canal de l'urètre, non-seulement telle qu'elle fut pratiquée pendant des siècles, mais encore telle qu'elle l'est aujourd'hui par ceux qui s'occupent du perfectionnement de la thérapeutique des coarctations urétrales. Je désire que cette nouvelle modification que j'ai fait subir à la dilatation appelée *subite* par quelques-uns, mais que j'aime mieux qualifier de *brusquée*, fixe l'attention des hommes qui s'occupent de cette spécialité de la chirurgie.

A. T. Chrétien.

CHIMIE ET PHARMACIE.

RECHERCHES SUR L'HYDROGÈNE ARSÉNIÉ ET OBSERVATIONS SUR L'APPAREIL DE MARSH ET SUR SON EMPLOI;

L'utilité maintenant bien constatée de l'appareil proposé par Marsh, pour faire reconnaître de petites quantités d'arsenic en combinant le métal à l'hydrogène et en décomposant l'hydrogène arsénié, nous a porté à rassembler dans un article ce qui a été dit sur l'hydrogène arsénié. Notre but en publiant ce travail est de faire connaître les divers travaux faits successivement, et de faire ressortir quelques faits qui n'ont pas été assez appréciés, faits qui, peut-être, ont amenés Marsh à faire l'heureuse application de son appareil.

La découverte de la combinaison de l'arsenic avec l'hydrogène est due à Schéele, et on trouve dans ses mémoires les passages suivants : « Le fer est attaqué par l'acide arsenical (acide arsénique) et par la seule digestion à la fin toute la dissolution devient gélatineuse. »

« Une partie de limaille de fer traitée et chauffée dans une cornue avec quatre parties d'acide arsenical donne un mélange qui se gonfle considérablement sur la fin. »

« Lorsque le mélange fut sec et que le feu fut encore augmenté, il y eut inflammation dans la cornue, et en même temps il se sublima de l'arsenic métal et de l'oxyde; on voyait des taches jaunes sur les parois de la cornue. » (*Mém. de Schéele*, § XXVII, 1775, t. Ier.)

« Une partie d'étain en limaille et deux parties d'acide arsenical concret et pulvérisé étant mêlées et le mélange chauffé au rouge dans une cornue de verre, il y eut inflammation d'acide arsénieux et d'arsenic métallique. » (§ XXIX.)

« Le zinc est le seul de tous les métaux et demi-métaux qui, étant traité avec l'acide arsenical, fasse effervescence; il devient noir et l'acide est rendu opaque par une quantité de poudre noire. On sépare cette poudre, on la fait sécher, on la met dans une chambre obscure sur un fer rouge; alors elle brûle en donnant une flamme bleue et des vapeurs blanches arsenicales. L'effervescence s'arrête promptement parce que chaque partie de zinc est entourée de ce régule qui empêche l'action de l'acide. »

« L'air trouvé dans la vessie vide qui avait été liée sur le matras pendant la dissolution donne les résultats suivants : 1° Il n'est pas absorbé par l'eau et ne précipite pas l'eau de chaux; 2° mêlé avec deux parties d'air commun, il n'a pas diminué; 3° ayant présenté une chandelle

allumée à l'orifice du flacon, il s'alluma avec détonnation ; la flamme s'étendit sur la main et *la couvrit d'une couleur brune* ; *c'était du régule d'arsenic*, et qui laissa une odeur arsenicale désagréable ; *l'intérieur du vaisseau était couvert d'une croûte noire* ; *c'est donc du gaz inflammable qui tient en dissolution de l'arsenic.* »

« Une partie de limaille de zinc ayant été traitée dans une cornue avec deux parties d'acide arsenical sec réduit en poudre fine, il y eut une vive inflammation avec une belle flamme dans la cornue qui se brisa avec bruit ; il se trouva dans la cornue du régule d'arsenic, de l'acide arsénieux et des fleurs de zinc. » (§ xxx.)

Il résulte de ces paragraphes que c'est bien à Schéele qu'est due la découverte de l'hydrogène arsénié et de quelques-unes des propriétés de ce gaz ; mais ce savant chimiste, auquel on doit tant de découvertes, a seulement reconnu que le zinc traité par l'acide arsénique donnait naissance à de l'hydrogène arséniqué ; nous verrons plus tard que d'autres auteurs ont étudié ce gaz, et sont arrivés successivement à le faire mieux connaître, et à profiter de ses propriétés pour déceler la présence de l'arsenic dans les produits qui en contiennent.

Proust a aussi fait faire dans ce sens un progrès à la science ; voici comment il s'exprime à ce sujet (*Annales de Chimie*, t. XXVIII, p. 21.)

« On sait qu'il s'élève de l'hydrogène très-fétide pendant la dissolution de l'étain dans l'acide muriatique, surtout lorsque l'étain contient de l'arsenic, ce dont on s'aperçoit très-bien en brûlant le gaz sous la cloche, l'arsenic se dépose sur les parois. »

On voit que les résultats qui découlent des expériences de Proust peuvent déjà indiquer qu'on peut reconnaître la présence de l'arsenic dans le gaz hydrogène, et le séparer de ce gaz en brûlant, sous une cloche l'hydrogène arsénié. Le travail de Proust date de l'an VII (1798).

Un peu plus tard, en 1803, Trommsdorff (1) donna un exposé des propriétés de ce gaz, et indiqua les moyens de l'obtenir ; en 1806, Stromeyer fit des expériences sur ce gaz (2).

En 1808, MM. Gay-Lussac et Thénard s'occupèrent de l'hydrogène arsénié (3), gaz, qui fut ensuite le sujet de recherches qui furent faites par Gehlen, Davy (4) ; Stromeyer, dans un mémoire lu à la Société royale des Sciences de Gœttingue, le 12 octobre 1805, fait connaître quelques observations particulières sur l'hydrogène arsénié.

---

(1) Nicholson's journal, VI, p. 200.
(2) Journal de Nicholson, XIX, 381.
(3) Recherches physico-chimiques, t. I, p. 229.
(4) Elements of chimical philosophy.

Ces observations sont : 1° la décomposition de l'hydrogène arsénié par le sang et la séparation de l'arsenic qui se dépose à la surface de ce sang ; 2° la combustion de ce gaz avec une flamme blanche bleuâtre et avec production d'arsenic et d'acide arsénieux (dit par Stromeyer de l'oxyde brun d'arsenic), qui se dépose sur les parois du vase ; 3° sa décomposition rapide avec l'oxygène et la formation d'acide arsénieux ; 4° sa décomposition par l'acide nitrique, par l'acide nitreux, par le chlore, par les acides sulfurique, phosphorique, par un grand nombre de dissolutions métalliques.

Des faits assez curieux sont : 1° la décomposition de ce gaz par son contact avec l'huile essentielle de térébenthine, ou bien quand on le faisait passer à travers cette huile, et la formation, dans des circonstances, de petits cristaux hexaèdres aigus qui brûlaient quand on les enflammait en répandant l'odeur d'ail ; 2° la décomposition par le chlore d'un mélange de gaz hydrogène sulfuré et arsenié, et la précipitation du soufre et de l'arsenic à l'état de sulfure d'arsenic d'orpiment.

Trommsdorff indiqua le mode à employer pour préparer l'hydrogène arséniqué ; il examina ce gaz et en exposa les propriétés. Gehlen qui, en 1815, fut victime des expériences qu'il fit sur ce gaz, indiqua aussi un mode de préparation qui consistait à mettre en contact de l'arsenic avec une lessive alcaline et à chauffer ce mélange.

Proust, dans ses recherches sur l'étain, donne des détails très-curieux et qui auraient dû conduire plus tôt à la recherche de l'arsenic par combustion de l'hydrogène arsénié. En effet, ce savant dit dans ses recherches sur l'étain : « On sait qu'il s'élève de l'hydrogène très-fétide pendant la dissolution de l'étain dans l'acide muriatique, surtout lorsque l'étain contient de l'arsenic, ce dont on s'aperçoit très-bien en brûlant le gaz sous la cloche, l'arsenic se dépose sur les parois. » (*Annales de Chimie*, t. XXVIII, p. 215.)

Serrulas, dans un travail publié en 1821, établissait, 1° que la fusion de l'antimoine au milieu de fondants alcalins ne suffisait pas pour séparer l'arsenic de l'antimoine ; 2° que l'on pouvait reconnaître la présence de l'arsenic dans les antimoines et dans les sulfures, en convertissant les sulfures en oxyde gris sulfuré, et traitant cet oxyde sulfuré avec partie égale de surtartrate de potasse dans un creuset fermé à un feu bien soutenu pendant un laps de temps de trois heures. Que les alliages de potassium et d'antimoine mis en contact avec l'eau fournissent du gaz hydrogène contenant plus ou moins d'arsenic, lequel se dépose à l'état d'hydrate lorsqu'on brûle le gaz dans des éprouvettes, de façon qu'on peut, par approximation, estimer la quantité d'arsenic

existante dans ces produits ; 3° que l'on pouvait classer des alliages contenant 1/25, 1/30, 1/40, 1/50, 1/100, 1/200, 1/300, 1/400, 1/500, 1/600, 1/1000, 1/2400, en brûlant des mesures du gaz fourni par ces alliages, et en comparant entre elles les couches d'hydrate d'arsenic (1).

Serrullas, dans son travail, établissait que le procédé de l'alliage peut être employé dans les cas d'empoisonnement, et qu'un mélange de cinq ou six grains d'acide arsénieux à cent vingt grammes d'antimoine pur et à cent vingt grains de surtartrate de potasse, et qu'un autre mélange composé d'une partie d'arsenic et de deux mille quatre cent parties d'émétique, donnèrent des alliages dont un huitième de la totalité de chacun d'eux pulvérisé, et, mis à part sous des cloches, donna du gaz hydrogène qui dans sa combustion laissa une couche très-sensible d'hydrure d'arsenic.

Serrullas établissait en outre que sa manière de procéder pouvait être employée en toxicologie, et il proposait d'agir de la manière suivante.

Recueillir les matières de l'empoisonnement; si elles sont peu volumineuses, les dessécher le plus possible, et les mêler exactement à quarante ou cinquante grains d'antimoine pur et à autant de crême de tartre; chauffer, comme il a été dit, pour former un alliage, lequel donnera, par sa décomposition, de l'hydrogène arséniqué et de l'hydrure d'arsenic par sa décomposition, quelque petite qu'ait été la quantité d'arsenic contenue dans la matière soumise à l'examen.

Si la masse suspecte est abondante, on dit qu'on aura recours aux lavages et à l'ébullition; que les eaux en provenant, mêlées avec de la potasse, seront évaporées à siccité, et le résidu converti en alliage comme le précédent.

Le travail de Serrullas, les résultats qu'il en avait obtenus, ne peuvent point être comparés pour l'exactitude avec les résultats qu'on peut obtenir en se servant de l'appareil de Marsh et des nouveaux procédés indiqués tout récemment par M. Orfila (l'emploi du nitre par ébullition et la calcination), mais nous avons dû établir, dans l'intérêt de la vérité, l'idée qu'avait eu Serrullas de se servir de la décomposition de l'hydrogène arsénié pour constater, dans des cas de toxicologie, la présence de l'arsenic ou de ses composés.

M. Soubeiran, dans un mémoire sur les arséniures d'hydrogène,

---

(1) M. Boullay, en rendant compte du travail de Serrullas, faisait remarquer que ce procédé n'a pas toute l'exactitude qu'on doit attendre d'un procédé employé en chimie, et qu'on pourrait trouver un autre procédé sur lequel on pourrait davantage se fixer.

publié en 1830, a établi : 1° que dans l'état actuel de la science on ne connaît que deux arséniures d'hydrogène, l'un solide, composé d'un atome d'arsenic et de deux atomes d'hydrogène ; l'autre gazeux, composé d'un atome d'arsenic et deux atomes d'hydrogène condensés en deux volumes.

2° Que le gaz hydrogène arséniqué est toujours identique dans sa composition, sauf son mélange avec l'hydrogène, quel que soit le procédé qui ait servi à le préparer.

3° Que le traitement par les acides de l'arseniure de zinc obtenu par la fusion est le moyen le plus commode et le plus certain de se procurer de l'hydrogène arséniqué le plus pur.

4° Que les oxydes alcalins, surtout à l'état d'hydrate, sont transformés par l'arsenic en hydrogène, en arséniure métallique et en arséniate ou arsénite.

5° Que le dépôt formé par l'action lente de l'air n'est pas de l'hydrure d'arsenic comme on l'avait pensé, mais bien de l'arsenic métallique.

6° Que les arséniures d'étain et de zinc, traités par les acides, ne forment pas d'hydrure d'arsenic, mais qu'ils laissent un résidu de surarséniure inattaquable par les acides.

Le travail de M. Soubeiran contient une foule de documents sur l'hydrogène arséniqué, qui depuis ont été reproduits dans d'autres publications sur le même sujet. Ainsi on voit qu'il est dit dans ce travail que l'hydrogène arsénié, exposé à la chaleur modérée d'une lampe, est décomposé; que l'arsenic métallique s'attache avec l'éclat métallique aux parois de la cloche; que l'iode décompose cette combinaison à la température ordinaire; que si l'on chauffe faiblement, la réaction est vive et qu'il y a formation d'acide hydriodique et d'iodure d'arsenic; que le soufre décompose aussi ce gaz, qu'il y a d'abord formation d'arsenic métal puis de sulfure d'arsenic; que l'hydrogène arsenié décompose diverses solutions salines en ramenant à l'état métallique les oxydes très-réductibles, par exemple les oxydes d'argent, de platine, de sodium, de mercure, d'or, en même temps qu'il y a formation d'eau et d'acide arsénieux; que dans d'autres solutions les métaux sont séparés seulement de leur dissolution : dans ce cas l'hydrogène s'unit à l'oxygène, l'arsenic se précipite en combinaison avec le métal, etc.

Appareil de Marsh.

On voit par tout ce qu'il a été dit jusqu'ici que Sérullas est le premier qui a eu l'idée de faire servir l'hydrogène arséniqué et sa décom-

position à la découverte de l'arsenic, à en apprécier les quantités, enfin à l'employer dans des cas de médecine légale. Mais le procédé de Serrullas n'avait pas, comme le fit observer M. Boullay, toute l'exactitude désirable. Nous ne savons pas si les travaux de Serrullas ont conduit Marsh à l'application du principe établi par Serrullas, et si c'est la lecture des mémoires de ce savant qui l'ont guidé dans ses recherches, et dans la construction d'un appareil propre à démontrer les plus petites quantités d'arsenic existantes dans un liquide. Quoi qu'il en soit, ce savant publia dans l'*Edimburg new philosoph Journal*, octobre 1836, un travail ayant pour titre : *Description d'un nouveau procédé pour séparer de petites quantités d'arsenic des substances avec lesquelles il est mélangé.* Ce travail fut bientôt connu dans toute l'Europe, et les journaux de toutes les nations en firent des extraits. Bientôt un grand nombre de praticiens s'occupèrent de l'examen de l'appareil, décrit dans la publication de Marsh. Les uns blâmèrent le procédé, les autres l'approuvèrent ; d'autres étudièrent l'appareil proposé par Marsh dans la description de son procédé, et lui firent subir diverses modifications.

Le but que se proposa Marsh dans le travail qu'il fit connaître était de profiter de la propriété dont jouit l'hydrogène à l'état naissant, de se combiner avec l'arsenic, pour former du gaz hydrogène arséniqué, et de décomposer ensuite ce gaz par l'action de la chaleur, afin d'obtenir, selon les conditions dans lesquelles on opérerait, de l'arsenic métallique ou de l'acide arsénieux. Il fit, dans ce cas, usage du zinc pour obtenir l'hydrogène.

Les expériences qu'il fit pour résoudre le problème qu'il s'était proposé lui démontrèrent qu'on pouvait, en développant de l'hydrogène à l'aide du zinc et de l'acide sulfurique, affaibli dans une liqueur contenant de très-petites quantités d'arsenic, obtenir de l'hydrogène arséniqué, qui peut être pur ou mêlé d'hydrogène en excès, et que ce gaz étant enflammé on pouvait recueillir l'arsenic qui était le résultat de la décomposition de l'hydrogène arséniqué, 1° à l'état métallique, si l'on reçoit la flamme sur une surface froide, un tube de verre assez épais, une soucoupe en porcelaine, et mieux encore sur une plaque épaisse de porcelaine non susceptible de s'échauffer ; 2° à l'état d'acide arsénieux, si l'on fait pénétrer la flamme dans le milieu d'un tube assez large, ouvert aux deux extrémités (1) ; 3° à l'état d'arsenic métal, et en même

---

(1) Nous avons fait brûler ce gaz au-dessus d'un entonnoir et de la partie supérieure d'une cornue, et nous avons pu recueillir de l'acide arsénieux en assez

temps d'acide arsénieux, si l'on dirige obliquement la flamme dans le tube, de manière à effleurer le verre.

Marsh, en opérant sur du *gruau*, du *porter*, du *café*, des *potages*, enfin sur d'autres aliments liquides, dans lesquels on avait mis de très-petites quantités d'arsenic, parvint à extraire ce poison de ces produits.

L'appareil indiqué par Marsh est celui décrit figure 3; il consiste en un tube de verre, ouvert aux deux extrémités, et qui a environ trois quarts de pouce de diamètre; à l'intérieur il est courbé en forme de siphon. La branche la plus courte a environ cinq, et la plus longue huit pouces de longueur. Un robinet, qui se termine en un tube à petite ouverture, est passé à travers un bouchon et assujetti avec lui dans l'ouverture de la branche la plus courte du tube; on peut au besoin luter ce tube avec un mastic de térébenthine. Afin de tenir le tube dans une position verticale, on se sert d'un bloc de bois, qui reçoit la

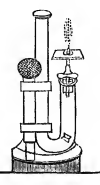


Figure 3.

---

grande quantité pour pouvoir faire diverses expériences sur l'acide arsénieux recueilli. (Voir les figures 1 et 2.)

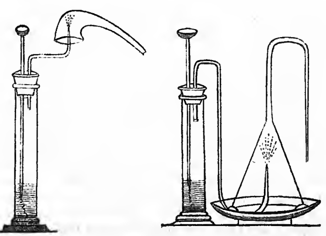


Figure 1. Figure 2.

partie inférieure du support ; dans le même bloc, se trouve creusée une cavité qui reçoit la courbure du tube; deux bandes de caoutchouc servent à assujettir le tube dans la position représentée sur la planche.

Le produit, dans lequel on suppose l'arsenic, ou les produits arsénicaux, s'ils ne sont pas liquides, doivent être traités par l'eau à l'aide de l'ébullition continuée; le liquide doit être filtré puis essayé dans l'appareil, dans lequel on introduit par la branche la plus courte une baguette de verre longue d'un pouce environ; on place ensuite dans cette même branche une feuille de zinc pur, longue environ d'un pouce et demi, large d'un demi-pouce et doublement recourbée. Cette feuille doit descendre dans le tube jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par le tube, la baguette de verre, qui a été placée la première, et qui est destinée à empêcher la lame de zinc de passer dans la branche la plus longue; on place le robinet sur la branche du tube, on l'assujettit, et on tourne la clef du robinet de façon à ce qu'il soit ouvert.

On introduit ensuite dans la branche la plus longue le liquide à examiner, après qu'il a été préalablement mêlé à de l'acide sulfurique étendu, préparé dans la proportion de 1 d'acide à 66, et de sept parties d'eau, en ayant soin d'ajouter du liquide en assez grande quantité pour qu'il arrive dans la branche la plus courte à un quart de pouce au-dessous du bouchon.

On voit qu'il s'élève bientôt de la surface du zinc des bulles de gaz, qui sont formés d'hydrogène pur, si le liquide ne contient pas d'arsenic, tandis que, dans le cas contraire, le gaz est formé d'hydrogène arséniqué. On laisse échapper les premières portions du gaz, afin qu'elles entraînent avec elles la petite quantité d'air atmosphérique restée dans l'appareil, ensuite on ferme le robinet; le gaz se rassemble dans la plus courte branche, en repoussant le liquide dans la plus longue, jusqu'à ce qu'elle soit arrivée dans la plus courte au-dessous du zinc. On obtient ainsi une portion de gaz qui se trouve sous la pression d'une colonne de liquide de sept à huit pouces de hauteur, de façon que, si l'on ouvre le robinet, le gaz s'échappe avec une certaine force par l'ouverture du tube qui surmonte le robinet; et si on l'enflamme, ce qui doit se faire promptement, on peut obtenir, comme nous l'avons déjà dit, 1° de l'arsenic métallique, si l'hydrogène est arséniqué, et qu'on reçoive la flamme sur un corps froid, 2° de l'acide arsénieux, si l'hydrogène est arséniqué, et qu'on le brûle dans un tube assez large, ouvert par les deux bouts; 3° de l'arsenic métal et de l'acide arsénieux, si on opère avec un tube sous un angle de vingt-cinq degrés.

A mesure que le gaz, produit durant l'opération, est consommé, le

mélange acide retombe dans la branche la plus courte. En contact avec le métal, il donne lieu à une nouvelle quantité de gaz, qu'on peut brûler de nouveau, lorsqu'il a été collectionné et qu'il éprouve la pression de la colonne de liquide. Cette opération peut être répétée deux, trois fois et plus, jusqu'à ce que l'hydrogène formé soit pur et ne contienne plus d'arsenic.

Marsh dit que lorsqu'on traite dans son appareil certaines liqueurs mélangées ou composées, du vin, de la bière, du café, du thé, du potage, les liquides de l'estomac, des mélanges mucilagineux et albumineux, on remarque qu'il se rassemble à la partie supérieure du liquide une grande quantité de mousse qui peut empêcher le dégagement du gaz. Il propose d'obvier à cet inconvénient, ou bien de l'atténuer le plus possible, en enduisant l'intérieur de la plus courte branche de l'appareil d'une matière grasse, de suif, d'huile, ou bien de verser à la surface du liquide quelques gouttes d'alcool ou d'huile, avant d'ajouter l'ajutage du robinet; il établit que d'ailleurs, quelle que soit la quantité de mousse contenue dans le tube, cette mousse se détruit dans son appareil au bout d'une heure ou deux, par la raison que les bulles se crèvent sans que les résultats en souffrent le moins du monde.

Marsh a aussi indiqué un second appareil (figure 4), qu'il a proposé de mettre en usage lorsqu'on doit opérer sur deux à quatre pintes d'un mélange suspect. Cet appareil consiste 1o en un vase de verre à large ouverture, vase qui est d'une contenance plus ou moins grande, selon le produit à traiter; 2o en une cloche de verre, dont le col étiré supporte un robinet assujetti sur la partie supérieure de la cloche; 3o en un fil métallique, supportant un cylindre de zinc métallique, qui doit se trouver placé sous la cloche et au milieu du liquide, qui doit être rendu acide pour pouvoir agir sur le zinc.

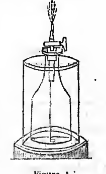


Figure 4

Marsh dit avoir agi avec ce second appareil, et avoir obtenu d'un mélange, contenant un vingt-huit millième d'arsenic (1 *grain d'arsenic sur* 28.000 *grains d'eau*), cent croûtes d'arsenic, bien évidentes, d'arsenic métallique (1).

(1) Ces croûtes ou taches, fournies par un grain d'acide arsénieux, peuvent recouvrir d'une surface métallique plusieurs soucoupes en porcelaine. C'est l'ignorance de ce fait qui a fait dire, dans un compte-rendu des séances de

Dans l'emploi de ses appareils, Marsh a fait plusieurs recommandations qui sont d'une grande importance; elles consistent :

1° A n'opérer le dégagement de l'hydrogène que très-lentement, lorsque le liquide essayé ne contient que de très-petites quantités d'arsenic;

2° De n'employer que du zinc pur et bien exempt d'arsenic, et d'essayer ce métal avec de l'acide sulfurique pur étendu d'eau, afin de reconnaître si l'hydrogène qui se dégage dans ce cas est pur, en le brûlant, et en recevant la flamme sur un carreau de porcelaine;

3° D'essayer aussi l'acide sulfurique, l'acide sulfurique anglais contenant assez souvent de l'arsenic (1).

Marsh, qui a multiplié les expériences à l'aide de son appareil, a vu qu'on pouvait s'en servir pour reconnaître la présence de l'arsenic dans l'orpiment artificiel (2) et le réalgar dans le vert de Scheele et dans le sulfure d'antimoine, lors même qu'on n'emploie qu'un demi-grain de l'une ou de l'autre de ces combinaisons; il a aussi reconnu qu'on pouvait obtenir des taches métalliques évidentes en employant une goutte de la solution arsenicale de Fowler, qui ne contient que la cent-vingtième partie d'un grain d'acide arsénieux.

La publication du travail de Marsh donna lieu à une foule d'observations et de recherches dues à MM. Herapath, Mohr, Liebig, Berzé-

---

l'Académie de Médecine, que de l'arsenic, réduit par la décomposition de l'hydrogène arséniqué, et qui s'était déposé sur une soucoupe, pesait au moins six grains. Si l'arsenic, déposé par la combustion de l'hydrogène arséniqué, était en grande quantité, les taches donneraient lieu à des lames qui se détacheraient en se recourbant sur elles-mêmes.

(1) On sait que la présence de l'arsenic a été signalée dans le zinc depuis un grand nombre d'années. Proust, dans ses recherches sur l'étamage, Annales de Chimie, t. LI, p. 92, dit que le zinc tiré de Saxe contient de ce métal; on sait aussi qu'on rencontre l'arsenic dans l'étain, dans l'acide sulfurique. Martius d'Erlangen, membre de la Société physico-médicale d'Erlangen, 1812, 2e vol.; Sveiger, Journal de Chimie et de Physique, t. II, p. 365, disent qu'on a trouvé dans un ballon de verre, contenant de l'acide sulfurique anglais, une substance arséniale attachée aux parois du verre, et qui provenait de ce que le soufre employé à fabriquer l'acide contenait de l'arsenic. Hahnemann, Vestrunb, Richter, etc., ont indiqué les moyens de reconnaître la présence de l'arsenic dans le soufre. V. le Manuel des pharmaciens et des droguistes de Caventou et Kapeler, art. Soufre.

(2) L'expérience faite sur l'orpiment artificiel n'est pas concluante, puisque Guibourt a démontré que ce produit est formé de quatre-vingt-quatorze parties d'acide arsénieux et de six de sulfure d'arsenic. Ce même auteur dit que le réalgar contient un et demi pour cent d'acide arsénieux.

lius, Lassaigne, Thompson, Simon, Vogel, Orfila, Thiems, Braconnet et Simonin. — Nous nous en sommes beaucoup occupé nous-mêmes, ainsi que nous le démontrerons dans la suite de ces essais, et ainsi qu'on peut le voir dans les différentes notes imprimées dans le Journal de Chimie médicale, notes qui ont rapport à l'appareil de Marsh. Nous allons faire connaître en peu de mots les observations faites par ces divers auteurs. Herapath, dans le *Magazin of popular science, décembre* 1836, a proposé de substituer à une plaque de verre une feuille de mica avec trois gouttes d'eau sur trois points différents, afin de ralentir la flamme et de recevoir le métal. Il a reconnu que si l'on dirigeait la flamme au-dessous de l'une de ces gouttes d'eau, celle-ci maintient la partie froide; la croûte devient plus épaisse; en même temps, on évite le danger de la rupture; si on retourne la feuille de mica, et qu'on tienne les gouttes d'eau l'une après l'autre à une petite distance au-dessus de la flamme, elles se changent en dissolution d'acide arsénieux, que l'on peut essayer par les réactifs appropriés.

M. Mohr fait connaître les expériences qu'il a faites; il indique la coloration de la flamme de l'hydrogène arsénié en bleu clair; il fait observer que le zinc qui a servi à obtenir le zinc arsénié ne doit pas être employé dans une deuxième opération (1); il établit qu'il vaut mieux se servir d'un carreau de porcelaine que d'une lame de mica, pour recevoir le produit qui se dépose pendant la combustion de la flamme; il fait observer que le zinc, en contact avec l'acide arsénieux, se couvre de taches brunes et d'une couche d'arsenic. Ce qui indique pourquoi le zinc, employé une première fois, ne doit pas l'être une seconde; car on obtiendrait de l'hydrogène arsénié. Enfin, que l'acide arsénieux et le zinc donnent lieu à un dégagement d'hydrogène arséniqué.

M. Mohr a aussi examiné la limite à laquelle on ne découvrait plus l'arsenic en se servant de l'appareil de Marsh, et il a établi que cette limite était à la cinq cent millième dilution, un grain d'acide arsénieux dans six onces d'eau acide représentant la deux mille huit cent quatre-vingtième dilution.

M. Mohr, dans ses réflexions, parle de l'emploi de l'acide hydrochlorique (2) et d'un simple appareil se composant d'une bouteille, en disant surtout qu'il faut éviter les chances d'explosion.

---

(1) Marsh a fait observer qu'il fallait s'assurer que le tube du robinet en coivre, employé une deuxième fois, ne retenait pas d'arsenic d'une première opération.

(2) Il est convenable de s'assurer que l'acide hydrochlorique est pur et ne contient point d'arsenic. On a des exemples d'acide hydrochlorique impur contenant des traces de produits arsénicaux.

M. Liebig dit : 1° Que la sensibilité du moyen indiqué par Marsh surpasse tout ce qu'on peut imaginer, et que de l'acide hydrochlorique, auquel on avait ajouté un demi-milligramme d'acide arsénieux, avait suffi pour recouvrir, sur une plaque de porcelaine nette et brillante, une surface d'*un demi-pouce carré d'une couche noire miroitante d'arsenic.* (1);

2° Qu'il faut prendre garde de confondre les taches dues à l'arsenic avec celles qui pourraient être dues à du fer ; il dit que les taches dues à l'arsenic disparaissent lorsqu'elles sont touchées avec l'acide nitrique ou l'hydrosulfate d'ammoniaque, tandis que celles de fer ne sont pas attaquées par l'acide nitrique, et sont colorées en vert noir par l'hydrosulfate d'ammoniaque ;

3° Que la méthode de Marsh présente une certitude complète lorsqu'on fait passer le gaz hydrogène, lentement, à travers un tube large d'une ligne chauffé sur un point ; l'hydrogène arsénié est décomposé, et il se forme dans le tube un anneau d'arsenic métallique, tandis que les métaux non volatils restent dans la partie chauffée (2).

M. Liebig a aussi indiqué les expériences qu'il a faites pour réduire l'arsenic du sulfure par l'appareil de Marsh. Il établit que tous les chimistes sont d'accord sur l'opinion que l'arsenic se sépare de la manière la plus sûre et la plus complète d'une liqueur acide à l'aide de l'hydrogène sulfuré, puisque l'on ne peut jamais (notamment d'après la méthode de Val. Rose) éviter la formation de l'ammoniaque durant l'ébullition de matières animales. En saturant l'alcali par l'acide hydrochlorique, il se forme toujours du sel ammoniaque qui empêche, comme on sait, la participation de l'arséniate calcaire. Lorsqu'on a obtenu un précipité de sulfure d'une semblable liqueur, la solution de la question consiste à obtenir l'arsenic avec toutes ses propriétés.

Si l'on fait dissoudre ce précipité dans une solution de potasse et qu'on ajoute à la liqueur de l'acétate de plomb, en prenant la précaution de laisser de l'alcali (de la potasse) en excès, le soufre du sulfure d'arsenic s'unit au plomb, et tout l'arsenic se trouve dans la dissolution à l'état d'acide arsénieux. On doit ajouter du sel de plomb jusqu'à ce qu'une goutte de la liqueur ne donne plus de précipité avec cet acétate, c'est-à-dire jusqu'à ce que tout le sulfure d'arsenic soit dé-

(1) On voit combien l'opinion émise dans un compte-rendu de l'Académie, imprimé dans un journal, était erronée.

(2) Nous avons déjà dit que la décomposition de l'hydrogène arsénique par ce procédé a été indiquée par notre collègue Soubeiran, dans son mémoire publié en 1830.

composé; si on ajoute alors à cette liqueur, sans la séparer du sulfate de plomb, de l'acide sulfurique étendu d'eau et du zinc, il y a dégagement d'hydrogène, qu'on peut faire passer dans un tube étroit et chauffé au rouge; on obtient la couche d'arsenic. Cette épreuve, dit Liebig, donne du métal avec un demi-milligramme de sulfure d'arsenic.

M. Liebig a recommandé la méthode suivante comme étant essentiellement utile. On fait dissoudre le sulfure par la potasse; si la quantité est trop peu considérable pour être détachée du filtre, on arrose celui-ci avec la solution de potasse; et lorsque la dissolution est opérée, et qu'elle contient un excès d'alcali, on y ajoute du nitrate d'argent jusqu'à ce que le sel ne donne plus de précipité; il se produit du sulfure d'argent insoluble; tout l'arsenic reste en dissolution à l'état d'arséniate de potasse; on sursature la liqueur avec l'acide hydrochlorique; on filtre pour séparer le sulfure et le chlorure d'argent; on chauffe jusqu'à l'ébullition; on sursature la liqueur par de l'eau de chaux; le précipité d'arséniate de chaux est desséché avec soin et mêlé à de la poudre de charbon chauffé au rouge et décomposé par le procédé usité.

On peut, au lieu de précipiter la liqueur avec de l'eau de chaux, la faire évaporer directement jusqu'à siccité au bain-marie, mélanger le résidu avec du charbon et en obtenir l'arsenic par la chaleur rouge; on peut encore, au lieu d'employer du nitrate d'argent, faire usage du nitrate de cuivre avec le même résultat; seulement on doit alors, avant la saturation par l'acide hydrochlorique, séparer le sulfure et l'oxyde de cuivre par la filtration.

Berzélius, par suite de l'examen de l'appareil de Marsh, propose de conduire l'hydrogène arséniqué dans un tube de verre chauffé au rouge au-dessus d'une lampe à esprit-de-vin. Ce moyen de décomposition a déjà été recommandé par Soubeiran, ainsi que nous l'avons dit; mais Berzélius ajoute que l'on peut, pour plus de sûreté, placer dans la partie du tube chauffée au rouge une quantité déterminée de cuivre réduit par l'hydrogène, et qu'on obtient de l'arséniure de cuivre d'un blanc d'argent dont on peut prendre le poids, et déduire celui de l'arsenic, le cuivre ayant été pesé d'avance.

Nous terminerons dans le prochain numéro l'exposé de nos recherches sur un sujet qui fixe avec juste raison depuis quelque temps l'attention des médecins légistes et des pharmaciens.

A. Chevallier.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'INFLUENCE DE LA CHALEUR DU LIT ET DU DÉCUBITUS SUR LA DIGESTION.

On a indiqué comme causes déterminantes et prédisposantes de l'indigestion la quantité et la qualité des aliments, les affections du tube digestif, celles caractérisées sous le nom d'irritation, et celles désignées par ceux de délibilité et d'asthénie; les affections morales, la vue de certaines substances, l'odeur de quelques autres, le mouvement d'un vaisseau, d'une voiture, le sommeil pris immédiatement après le repas, et l'on a à peu près passé sous silence la chaleur du lit et le décubitus.

La chaleur modérée et douce du lit, sous des couvertures suffisantes, mais légères, fait éprouver un sentiment de bien-être qui réagit sur tout l'organisme, sur toutes les fonctions en général, et en facilite le jeu normal : la respiration, la circulation, la digestion marchent avec la plus grande régularité; l'intelligence même, dans la diffusion des songes, travaille les souvenirs avec moins de désordre, si surtout la position du sujet vient concourir à compléter cet état de béatitude.

Si la quantité de couvertures est insuffisante pour conserver au corps endormi la chaleur dont il a besoin, l'insomnie et la rêvasserie pénible arrivent, la sécrétion urinaire redouble, les genoux se refroidissent : l'on prend un catarrhe, mais l'on digère.

Dans des conditions toutes différentes, et sous un excès de couvertures lourdes, ou mauvaises conductrices du calorique, telles que celles en laine, les duvets, on éprouve un malaise général, de l'insomnie, une grande chaleur dans tout le corps; l'on cherche les parties froides du lit, mais le bien que leur rafraîchissement fait ressentir n'est pas de longue durée : la chaleur se renforce, le pouls acquiert de la fréquence, la respiration est gênée : surviennent ensuite un sentiment de pesanteur, de plénitude dans la région épigastrique, une grande pesanteur de tête, enfin le vomissement a lieu, et l'indigestion s'accomplit.

Les choses ne se passent pas toujours ainsi, mais les chances de l'indigestion augmentent avec la chaleur cumulée et la disposition du sujet. D'autres fois celui-ci, après avoir cherché la fraîcheur du lit, allége le poids de ses couvertures, et en quelques minutes tous les symptômes que nous avons mentionnés se dissipent, et font place à un état de calme d'autant plus précieux qu'ils étaient eux-mêmes plus in-

tenses : à cette époque éloignée du dernier repas, j'ai expérimenté que le coucher sur le côté droit favorisait merveilleusement leur disparition : les avantages de cette position peuvent être attribués, dans l'indigestion gastrique, à ce que le pylore, placé dans la partie la plus déclive, favorise le départ des matières aigries, renfermées dans la cavité de l'estomac irrité et engourdi. L'usage de quelques gorgées d'eau sucrée froide seconde aussi très-heureusement les effets de la fraîcheur du lit et ceux de la position.

Après avoir fait ainsi avorter l'indigestion gastrique, j'ai également expérimenté que le décubitus sur le dos hâtait la sortie des selles, et contribuait par là à faire finir le malaise intestinal, et les coliques qui survivent quelquefois à ce dérangement.

Ces observations, quoique d'une grande simplicité, et ne devant figurer que dans un traité de médecine populaire, n'en ont pas moins leur incontestable utilité : c'est dans la nuit que l'indigestion se fait ordinairement.

Le sommeil rend le corps plus impressionnable sous le rapport de la caloricité : par une température peu élevée en hiver, dans un bain peu chaud, dans un lit peu recouvert, il éprouve un refroidissement qui cesse avec le réveil et se reproduit avec ce repos de la vie de relation : par une température plus élevée, c'est-à-dire dans des conditions contraires, il s'établit toujours pendant le sommeil une espèce de fièvre passagère qui a la plus grande analogie avec la troisième période de l'accès de fièvre intermittente : cet état général d'excitation se reflète sur tous les organes, et plus spécialement sur le cœur, le poumon et l'estomac : dans une certaine limite il est salutaire : un peu plus loin il entrave l'acte digestif, et peut même l'arrêter tout à fait, s'il dure trop longtemps. A. Serre, d'Uzès.

ACCOUCHEMENT TRIPLE D'ENFANTS D'UN SEXE DIFFÉRENT.

Voici un fait curieux et rare, et qui mérite comme tel d'être porté à la connaissance des lecteurs de votre intéressant journal.

La femme Béron, âgée de 29 ans, de constitution moyenne, demeurant dans la commune de Daumeray, département de Maine-et-Loire, accoucha, le 11 septembre 1830, de deux garçons et d'une fille; le travail de l'enfantement dura dix-huit heures, il commença le 10 septembre à dix heures du soir, et à huit heures du matin un des garçons vint au monde par les pieds; à midi l'autre garçon vint la tête en première position; la fille à quatre heures du soir dans la même position.

Deux de ces enfants vivent, sont forts pour leur âge et se portent

bien. C'est la fille et l'un des garçons. L'autre garçon est mort à l'âge de neuf mois à la suite d'une chute de plusieurs pieds, dans laquelle la colonne vértébrale fut lésée.

C'est M. Hervé, officier de santé à Morannes, qui a accouché la femme dont il est question dans cette note; il peut attester la réalité des faits.

M. MARGARITEAU, D.-M.
A Saint-Sylvain (Maine-et-Loire).

FALSIFICATION DU MIEL AVEC LE SIROP DE DEXTRINE.

Dès qu'il paraît dans le commerce de la droguerie une substance nouvelle ou un produit nouveau d'une valeur modique, les fraudeurs s'en emparent de suite pour les mêler par sophistication avec d'autres substances ou d'autres produits qui ont le même aspect et la même analogie, mais qui sont d'un prix beaucoup plus élevé. Le sirop de dextrine (sirop de fécule) est dans ce cas : aussi les confiseurs, herboristes et épiciers s'en servent-ils pour falsifier divers sirops, tels que sirops de gomme, guimauve, capillaire, etc.

Pendant longtemps le miel n'avait été falsifié qu'avec de l'amidon, actuellement on le trouve mélangé dans le commerce avec une grande quantité de sirop de dextrine; cette dernière fraude n'offre aucun danger réel pour la santé du consommateur, mais elle a le grand inconvénient de diminuer l'arôme du miel et ses propriétés thérapeutiques, et d'augmenter la dépense du consommateur qui, pour parvenir au but désiré, se voit forcé d'en ajouter une plus grande quantité, le sirop de dextrine jouissant à un très-faible degré de la propriété de sucrer.

Le miel ainsi falsifié n'a pas une saveur franche; en outre, son grain, vu au microscope, est plus petit et moins régulier; il se conserve peu de temps et fermente facilement.

Stanislas MARTIN, pharmacien.

BIBLIOGRAPHIE.

DES PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES, par M. Lallemand, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Voici un ouvrage qui a la prétention d'apprendre aux médecins des choses très-importantes, que jusqu'ici la plupart d'entre eux ont complétement ignorées. — Les pertes séminales involontaires ne forment point une affection très-rare, et il n'est pas de médecin qui n'en ait rencontré un certain nombre d'exemples dans sa pratique; mais aucun auteur, que je sache, jusqu'à M. Lallemand, ne s'était avisé d'attri-

buer au flux spermatique lui-même une influence aussi puissante sur l'ensemble de l'organisme. Ici, comme dans ses recherches sur les maladies de l'encéphale, c'est encore l'anatomie pathologique éclairée des lumières de la théorie de l'irritation, qui a mis le chirurgien de Montpellier sur la voie des faits nouveaux qu'il publie. Je vais exposer rapidement les idées de l'auteur sur le nouveau point de pathologie qu'il vient d'aborder, puis j'essaierai d'en apprécier la valeur, tant sous le point de vue doctrinal que sous le point de vue thérapeutique.

Suivant M. Lallemand, la spermatorrhée est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit en général; mais cette maladie revêt les formes les plus insidieuses, donne naissance à des symptômes souvent fort graves, qui distraient presque toujours l'attention de l'observateur du principe même du mal; la coexistence fréquente du flux spermatique involontaire, avec diverses affections des organes génito-urinaires vient encore, d'ailleurs, augmenter l'obscurité, que répandent déjà sur la maladie les symptômes précédents : c'est une analyse plus attentive que celle qu'on avait faite avant lui des phénomènes qui constituent cet état morbide, c'est surtout une appréciation plus rationnelle et plus en harmonie avec les données de la science moderne, des causes sous l'influence desquelles cet état se développe, qui l'a conduit à l'ensemble des idées qu'il expose dans le livre dont nous nous occupons en ce moment.

Bien que l'auteur, toujours pénétré de l'importance de l'anatomie pathologique lorsqu'il s'agit d'aborder un point quelconque de l'histoire des maladies, rapporte un certain nombre d'observations dans lesquelles l'autopsie cadavérique montre la cause organique des phénomènes observés dans l'état de vie; cependant c'est moins sur cette base, faute de résultats sans doute, qu'il appuie ses idées, que sur l'étude physiologique des influences variées, sous l'empire desquelles il a vu la spermatorrhée prendre naissance. Pour moi, qui suis convaincu que toute la médecine est bien loin d'être dans l'anatomie pathologique, je passerai facilement condamnation sur ce point. Mais voyons comment, à défaut de cette base, sur laquelle M. Lallemand a jusqu'à ce jour appuyé ses travaux, voyons, dis-je, quelle route il a suivie en se laissant guider presque exclusivement par la philosophie étiologique, ou la méthode de la simple analogie. Les connexions anatomiques, qui lient si étroitement entre eux l'appareil urinaire et l'appareil génital, établissent également entre ces appareils une solidarité de vie qui rend extrêmement facile de l'un à l'autre la transmission d'un état morbide élémentaire, telle que l'irritation. Telle est l'idée fondamentale sur laquelle repose la théorie nouvelle de la spermatorrhée : ce principe une

fois admis, il est facile de prévoir et la fréquence de cette maladie et les causes variées sous l'influence desquelles celle-ci peut se développer. Parmi ces causes, les principales sont celles qui déterminent l'inflammation de l'urètre, des blennorrhagies plus ou moins répétées : telle est donc la cause la plus fréquente des pertes séminales involontaires : voici, suivant l'auteur, comment il faut expliquer le mode d'action de cette cause. L'inflammation une fois développée dans la muqueuse urétrale, et surtout dans la portion prostatique de ce conduit, se transmet par voie de continuité, et aux organes sécréteurs du sperme, et aux vésicules séminales; sous l'influence de cette excitation, le sperme est sécrété en plus grande abondance, et les vésicules, devenues par la même cause beaucoup plus irritables que dans l'état physiologique, se contractent beaucoup plus facilement, et expulsent le fluide séminal au dehors à mesure, en quelque sorte, qu'il se forme. — Quelque fréquente que soit cette cause, elle n'est pourtant pas la seule : diverses affections cutanées, qui se déplacent et viennent se fixer sur la muqueuse génito-urinaire, peuvent également donner lieu aux pertes séminales involontaires. Dans d'autres cas, il n'est pas besoin de cette sorte de métastase pour produire le même résultat, une dartre, l'eczema chronique, l'impétigo, fixés au pourtour de l'anus, peuvent développer sympathiquement cette excitabilité anormale des vésicules, et donner de même naissance à la spermatorrhée. Certaines maladies du rectum, la constipation, les hémorrhoïdes, les fissures anales, la présence d'ascarides à la fin de l'intestin, peuvent entraîner les mêmes conséquences; seulement, le mode d'action de ces diverses causes n'est pas le même. Dans le cas de constipation, de tumeur formant obstacle à l'expulsion des matières fécales, la spermatorrhée n'est ordinairement qu'un résultat tout mécanique; les ascarides, les hémorrhoïdes, les fissures agissent en provoquant d'une manière toute sympathique les contractions spasmodiques des vésicules séminales. Enfin l'auteur signale un quatrième ordre de causes puissantes qui agissent ou isolément, ou concurremment avec l'une des précédentes, ce sont les abus ou les excès des plaisirs. Telles sont en substance les idées que M. Lallemand vient d'exprimer sur les pertes séminales involontaires. Maintenant qu'on ne croie pas que ce soit là un état morbide aussi simple, que les lésions qui lui ont souvent donné naissance, pourraient le laisser croire. Lorsque le flux séminal dure un certain temps, il peut par lui-même, qu'on remarque bien cette expression, déterminer les accidents sympathiques les plus graves, il peut entraîner la mort. Véritable protée, la spermatorrhée peut mentir l'apoplexie, les congestions cérébrales, des affections organiques du cœur, de la poitrine, de l'estomac, etc. Mais a-t-on enfin

trouvé une thérapeutique spéciale à opposer à une maladie à la fois si grave et si nouvelle? Oui, heureusement, et cette thérapeutique est fort simple et parfaitement en harmonie avec la prodigieuse étiologie, que nous venons de faire connaître, c'est la cautérisation de la portion prostatique de la muqueuse urétrale.

Malgré les faits nombreux que l'auteur cite en faveur de ces idées, de sérieuses objections se présentent immédiatement pour les combattre. Je ne puis développer ici ces nombreuses objections, je me bornerai à en indiquer quelques-unes. Non, dans la très-grande majorité des cas, où l'on rencontre les pertes séminales involontaires, ce n'est point au flux séminal qu'il faut attribuer l'ensemble des phénomènes, d'ailleurs si variables, que présentent les malades observés. Rappelons-nous les causes sous l'influence desquelles cette affection locale s'est manifestée; ce sont ou des excès solitaires répétés chaque jour un plus ou moins grand nombre de fois, ce sont des actes vénériens poussés jusqu'à l'excès et entraînant ou une infection syphilitique ou de simples gonorrhées. Lorsque sous l'influence de semblables causes, le spermatorrhée se déclare; il faut une étrange préoccupation pour ne voir là qu'un flux séminal involontaire, et faire dépendre de ce flux tous les symptômes observés. La cause de ces accidents est dans l'atteinte profonde portée à l'organisme, par ces excès mêmes auxquels viennent s'ajouter souvent des excès d'une autre nature, ou les privations de la misère : s'il en est incontestablement ainsi, lors même que des pertes seminales existent, à plus forte raison n'en saurait-il être autrement dans les cas où celles-ci manquent, où le flux prétendu séminal n'est qu'un flux muqueux, ou bien enfin dans les cas assez nombreux, où l'auteur est réduit à le supposer. Je comprends que, fervent partisan de l'anatomie pathologique, M. Lallemand se soit trouvé embarrassé de localiser les symptômes si variés, si mobiles que présentent les individus énervés par tous les désordres de l'action génitale; mais il me paraît difficile de comprendre comment il a pu s'arrêter un instant à la théorie qu'il vient de formuler. Cependant l'auteur cite des faits où la cautérisation de la portion prostatique de l'urètre fait cesser brusquement l'ensemble des symptômes les plus graves. Je ne mettrai point en doute la vérité de ces observations, mais je rappellerai que c'est avec la plus grande réserve qu'il faut accueillir les renseignements obtenus des patients dans une semblable affection, et puis, ce qui ne fait pas doute un instant dans mon esprit, c'est que dans plus d'un des cas où la cautérisation a conduit à d'aussi heureux résultats, elle a fait cesser des affections chroniques de l'urètre, de la prostate ou de la vessie, qui, conséquences ou non des abus antécédents, exerçaient une influence fâcheuse sur l'économie.

Tel est le jugement que nous portons sur cet ouvrage. L'erreur doit être d'autant plus vigoureusement combattue qu'elle vient de plus haut.

Je veux en finissant dire un mot encore d'une partie de l'ouvrage, que j'appellerai volontiers un épisode philosophique : l'auteur cherchant la raison de la supériorité des peuples chrétiens, sur ceux qui sont encore soumis à la loi de l'islamisme, ne voit d'autre cause à cette supériorité que la chasteté plus grande des premiers. Ceci est certainement fort honorable pour l'Europe ; mais je ne sais pas si la polygamie successive, qui dans le dérèglement de nos mœurs, tend à rendre purement nominal le principe de monogynie des peuples d'Europe, ne frise pas de très-près la polygamie orientale, en tant qu'il s'agit de juger leurs résultats physiologiques. Dans tous les cas, M. Lallemand est fort porté à soupçonner qu'un grand nombre des sectateurs de Mahomet sont très-sujets aux pertes séminales involontaires, et que c'est là la véritable cause de leur infériorité. Je suis convaincu qu'à l'heure qu'il est, le Grand-Turc qui s'ingénie tous les jours à européaniser son peuple, ne se doute pas le moins du monde de la cause qui paralyse ses efforts. On parle tous les jours du lien intime qui rattache la médecine à la philosophie considérée dans son ensemble, je ne sais trop ce qu'il en est à cet égard ; mais je trouve que celle-ci n'a guère eu à s'applaudir dans ces derniers temps des acquisitions qu'elle nous doit. D'une part nous avons vu déjà, que M. Lelut, voulant porter le flambeau de la médecine dans l'étude de l'histoire, commence en débrouillant ce chaos par déclarer que Socrate était un fou ; voici maintenant M. Lallemand qui remarquant, dans la même série d'études, l'infériorité des peuples orientaux, établit que cette infériorité dérive purement et simplement de ce fait, que ces peuples sont forts sujets aux pertes séminales involontaires. Nous sommes en progrès cependant, car cette dernière conséquence a au moins son côté pratique, c'est que la cautérisation du canal de l'urètre peut devenir un moyen puissant de civilisation !

RECHERCHES SUR L'ENCÉPHALE, sa structure, ses fonctions et ses maladies, par M. Parchappe, médecin de l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure.

S'il est un ordre de maladies dans lequel éclate l'insuffisance des données anatomiques pour expliquer les phénomènes observés, ce sont sans contredit les diverses formes morbides comprises sous la dénomination commune d'aliénation mentale. Aussi, depuis Morgagni jusqu'à M. Esquirol, la plupart des meilleurs observateurs se sont-ils accordés sur ce point, que l'inconstance et la variabilité des lésions organiques constatées par l'anatomie pathologique dans l'aliénation mentale excluent

rigoureusement tout lien de corrélation entre ces lésions et les manifestations symptomatiques de cette affection. Toutefois, pour être partagée par un grand nombre de médecins, cette manière de voir n'est point générale, et depuis un certain nombre d'années surtout, quelques observateurs habiles d'ailleurs, se sont élevés contre cette exclusion; et ont publié des travaux plus ou moins importants pour établir d'une manière absolue, ou avec diverses restrictions, une doctrine opposée. Mais si ces observateurs s'accordent dans leur intention philosophique, celle de subordonner les divers groupes symptomatiques qui caractérisent la folie à des lésions déterminées, coexistant dans l'encéphale ou ses enveloppes, il sont loin de s'accorder sur la nature de ces lésions, sur ces lésions mêmes. C'est que ces nouveaux observateurs n'ont pas pu, plus que leurs prédécesseurs, ne point être frappés de la diversité, de l'inconstance d s altérations, auxquelles ils demandaient la raison dernière des fa ts, et que les uns ont subordonné les désordres fonctionnels observés pendant la vie à certaines de ces altérations, tandis que les autres ont donné pour point de départ à la même série de phénomènes des altérations différentes. Tel est l'état des choses, et malheureusement il n'y a pas que les maladies mentales dont l'étiologie pathologique soit couverte d'un voile aussi épais. C'est avec le désir et l'espoir tout à la fois de mettre fin à cet état d'incertitude sur un point si important de pathologie, que M. Perchappe se propose de publier une série de mémoires, dans lesquels il abordera successivement les principales questions relatives à l'anatomie, à la physiologie, à la pathologie de l'encéphale; déjà deux de ces mémoires ont été publiés: dans le premier, il examine le volume de la tête chez l'homme; il n'y a guère là de résultats qui ne soient connus; nous ne ferons ici qu'une simple remarque: il donne, comme maximum du poids de l'encéphale chez des hommes à faculté ordinaire, le chiffre 1 kilog. 829 gr., le cervelet pesant seul, il est vrai, 0 kil. 208 gr.; or, il se trouve que ce chiffre est de beaucoup supérieur à celui qui représente le volume de l'encéphale de Dupuytren, et inférieur seulement d'un gros, je crois, à celui de Cuvier. En face d'un pareil résultat, on est forcé de convenir qu'après la mort même, le génie est exposé à de singuliers mécomptes, ou plutôt il faut en tirer cette conséquence, c'est que l'intelligence ne se pèse pas. Mais nous le répétons, nous n'insisterons point sur ce premier mémoire, qui pourtant est loin d'être dépourvu d'intérêt, et nous nous hâterons de passer au second, qui est relatif aux altérations du cerveau dans les maladies mentales, et que nous allons examiner avec quelque attention.

Au début de son travail, l'auteur commence par déclarer que dans

l'état actuel de la science, avec nos méthodes d'investigations perfectionnées, la question du rôle, que jouent dans l'aliénation les lésions encéphaliques, peut être nettement résolue; que si jusqu'ici elle n'a encore été, en quelque sorte, que posée, cela tient, non pas à ce que les observateurs habiles ont manqué, mais bien à ce que ceux-ci ont suivi, dans leurs recherches, de défectueuses méthodes : c'est à savoir que ces recherches ont porté sur des faits trop peu nombreux, ou inexacts, on n'embrassant point leur objet dans sa généralité. Médecin d'un des plus beaux établissements de France, M. Parchappe estime que les conditions matérielles d'une observation large et féconde au moins ne lui manquent pas. L'auteur paraît également attribuer à la statistique une grande valeur comme méthode; nous croyons devoir l'engager à se méfier un peu de cet instrument qui, comme le chiffre qu'il met en œuvre, signifie tout et ne signifie rien. Qu'il y réfléchisse, depuis dix ans au moins déjà de nombreuses applications de la statistique ont été faites à la science des maladies, soit pour déterminer la valeur des lésions pathogéniques, soit pour apprécier les causes génératrices de ces lésions, soit enfin et surtout pour élucider les questions thérapeutiques; or, qu'il nous dise s'il est une seule vérité qui soit entrée dans la science par cette voie. Ce que nous savons bien, nous, c'est que cette merveilleuse méthode a ébranlé toute la médecine, a fait germer le scepticisme dans tous les esprits, et n'a rien fondé : ceci soit dit en passant, et que M. Parchappe ne voie dans ce conseil que l'expression de l'intérêt réel que nous portons à ses travaux.

Après avoir exposé les causes d'erreur de la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'étude des maladies mentales, et avoir ensuite indiqué les conditions que doit réunir l'observation pour préparer une induction rigoureusement philosophique, l'auteur fait un résumé historique rapide des recherches d'anatomie pathologique dans la maladie objet de ses études. Ce résumé nous a paru complet; il embrasse une grande partie de ce mémoire, malgré la concision des détails nombreux qui le composent. Ce résumé fini, l'auteur expose le résultat de ses propres observations, et cherche à en déterminer la valeur. Une des principales conséquences auxquelles il arrive par suite de discussions qu'il établit sur ce point, c'est que (nous citons) « il y a parallélisme constant de développement et de succession entre les altérations encéphaliques et les symptômes, suivant les formes et les époques de la maladie. » C'est là une conséquence grave, dont la discussion nous est interdite ici, parce qu'elle nécessiterait des développements beaucoup trop étendus; voyons seulement quelques faits partiels. Ce qui, pour notre auteur, caractérise anatomiquement la démence, c'est l'atrophie

des circonvolutions cérébrales; l'infiltration séreuse, la dilatation des ventricules, pour ne citer que les altérations qui coexistent fréquemment avec cette modification de texture de la substance cérébrale, lui paraissent de simples résultats de cette lésion. Nous ne contesterons point le fait: depuis longtemps il est clairement établi, non toutefois d'une manière aussi générale que le pense M. Parchappe; mais nous ne saurions admettre d'une manière absolue la loi qui, suivant lui, le gouverne constamment. Deux interprétations fort différentes de celle que nous venons d'indiquer se présentent effectivement immédiatement à l'esprit pour rendre compte de cette atrophie : suivant l'une de ces interprétations, cette lésion ne serait point la cause, mais bien l'effet de la démence; elle résulterait de l'inactivité même du centre cérébral pendant tout le cours de la maladie, comme on voit l'atrophie d'un muscle ou d'un membre tout entier suivre son inertie prolongée: c'est une des lois les plus incontestables de la physiologie dans l'universalité des êtres vivants. Suivant une autre interprétation, nous ne voyons pas ce qui répugnerait à admettre que l'atrophie cérébrale pût dépendre, dans un certain nombre de cas, de la compression exercée à la surface ou au centre de l'organe par la sérosité infiltrée dans les interstices ou amassée dans les ventricules : ce résultat de la compression s'observe d'une manière évidente dans quelques altérations pathologiques du cerveau lui-même; déterminé par une collection séreuse même, il est fréquent dans un grand nombre d'organes ou d'appareils. Nous le répétons, ce sont là des vues étiologiques qui ont au moins autant de valeur que celle à laquelle M. Parchappe s'est exclusivement arrêté : il ne devait point passer outre. On le voit, le nouveau médecin de St-Yon est grand partisan de l'anatomie pathologique; c'est là, suivant lui, qu'il faut chercher la raison des choses. Toutefois, quand l'auteur arrive à discuter d'une manière générale les rapports de coïncidence, de succession et de causalité qui existent entre les altérations encéphaliques et les lésions fonctionnelles de la folie, par une heureuse inconséquence, il rabat un peu de la valeur des lésions anatomiques. Loin de faire à l'auteur un reproche de cette contradiction, qui, si elle n'est pas formellement dans les termes, perce au moins très-clairement dans la filiation logique de ses idées, nous l'en féliciterons, car cela prouve pour nous que chez lui l'esprit d'observation l'emporte sur l'esprit de système, et cela est de bon augure pour un homme de savoir et d'intelligence qui entreprend d'explorer une région qui nous est encore si peu connue; mais nous le lui répétons, il s'est tenu ferme sur le terrain glissant de la doctrine physiologique; qu'il prenne garde de se perdre dans l'anatomie pathologique.

Nous ne dirons en finissant qu'un mot du style de M. Parchappe : il est généralement clair ; mais l'auteur nous a paru viser un peu trop à la forme de la sentence et de l'aphorisme. On peut finir ainsi, mais ce n'est pas ainsi qu'on commence.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur les blessés des 12 et 13 mai. — Il faut assister au spectacle douloureux que présentent les hôpitaux, pour déplorer comme on le doit, les luttes sanglantes dont les rues de la capitale viennent, il y a quelques jours, d'être le théâtre. Sur le seuil de l'Hôtel-Dieu, le 13 mai, comme les 5 et 6 juin 1832, se pressaient et se confondaient les brancards où gisaient mourants ou blessés, les militaires et les citoyens qui, à quelques pas de là, étaient armés les uns contre les autres. Des lits voisins les attendaient dans les mêmes salles où les mêmes soins, la même sollicitude les environnent tous. Ce simple rapprochement exprime ce qu'il y a d'affreux dans la guerre civile.

C'est dimanche à quatre heures environ, que l'Hôtel-Dieu reçut le premier blessé : c'était un employé de la police, âgé de vingt-six ans, auquel une balle avait fracassé la main droite ; il fut couché au numéro 40 de la salle Ste-Agnès. Dans la nuit l'amputation du bras fut pratiquée. Presque au même instant furent apportés deux soldats du 21e et du 28e de ligne, un brigadier de la garde municipale, plusieurs ouvriers et deux femmes, tous mourants ou grièvement atteints. Les blessés arrivèrent sans interruption pendant toute la soirée et la nuit. A une heure du matin, le nombre s'en élevait à quarante-cinq, sur lesquels il en était déjà mort douze. Le lundi à midi, heure à laquelle tout conflit sérieux avait cessé, l'Hôtel-Dieu avait reçu soixante-neuf blessés, l'hôpital St-Louis trente-huit, l'hôpital St-Antoine quatorze, la Charité deux ; la Maison de Santé deux, le Val-de-Grâce dix-huit militaires, en tout cent quarante-trois blessés dans les hopitaux. Nous estimons que près de la moitié des blessés sont des militaires ; ils appartiennent à la garde municipale, aux 7e, 21e, 28e, 53e de ligne. Nous avons remarqué aussi un tambour de la 7e légion de la garde nationale, âgé de trente-huit ans, couché au numéro 18 de la salle Ste-Agnès qui a eu la cuisse gauche traversée d'une balle, rue des Quatre-Fils.

Presque toutes les blessures sont graves et probablement près de la moitié des malades qui restent succomberont. Le plus grand nombre des coups de feu ont été reçus à bout portant, et le plus souvent la balle a traversé de part en part la partie du corps qu'elle frappait. Quelquefois la balle a fait plusieurs blessures ; nous avons remarqué aussi plu-

sieurs plaies pénétrantes très-graves de la poitrine et de l'abdomen. Ainsi un soldat du 21e de ligne, âgée de vingt-huit ans, couché au numéro 1 de la salle Ste-Agnès, a reçu, au Palais-de-Justice, une balle qui est entrée par la partie supérieure du flanc gauche et est venue sortir par le milieu de la région ombilicale; un soldat du 28e, âgé de vingt-quatre ans, couché au numéro 17, a eu la poitrine traversée de haut en bas par une balle au poste du marché St-Jean. Le projectile a fait plusieurs blessures chez le même sujet : nous citerons entre autres un soldat du 53e de ligne, auquel une balle a fracassé, rue St-Denis, le coude gauche, l'extrémité supérieure du radius, est entrée dans l'abdomen par la région hypocondriaque gauche et est sortie par le côté opposé. Nous avons encore remarqué un ouvrier argenteur, âgé de dix-sept ans, au numéro 15, qui a reçu, rue Montorgueil, cinq balles dans la cuisse et la jambe gauches, entrées par la partie postérieure et sorties par la partie antérieure et interne; au numéro 22, un enfant de treize ans, ferblantier qui, rue du Temple, a eu l'épaule traversée d'avant en arrière par une balle; au numéro 20, un ouvrier ciseleur, âgé de seize ans, qui a eu le bras traversé; un cordonnier de dix-huit ans, au numéro 38, qui a eu également l'épaule fracassée rue St-Denis. Nous mentionnons ces blessés à cause de leur âge.

Rareté de l'affection calculeuse chez les marins. — Un fait bien remarquable, qui doit nécessairement avoir une haute portée pratique et qui, comme tel, se recommande de lui-même aux réflexions des médecins qui s'occupent du traitement de la gravelle, c'est que les marins sont absolument exempts ou à peu près de cette maladie, et par conséquent du calcul de la vessie. Pendant une période de seize années, de 1800 à 1816, cent soixante-deux mille hommes ont été fournis annuellement par l'Angleterre pour son service de mer; pendant ce temps quatre-vingt-seize mille six cent quatre-vingt-dix-sept malades ont été reçus dans les hôpitaux de Haslar, Plymouth et Deal, et sur ce nombre il ne s'est trouvé que huit marins atteints de calcul; encore y avait-il deux jeunes gens qui avaient présenté les symptômes de cette maladie avant leur entrée dans la marine, et un officier avancé en âge qui avait servi dans les ports pendant plusieurs années. M. Hutchinson s'est également assuré, par des relevés plus récents (trans. med. ch. tom. XXII, 1838), que dans les hôpitaux de la marine anglaise on n'observe presque jamais de calculeux. Ce ne sont pas seulement les hommes faits qui sont exempts de la maladie, ce sont encore les jeunes matelots. De 1830 à 1836 le gouvernement anglais a reçu sur ses vaisseaux

treute mille enfants. Pendant cette période, tous les hôpitaux de la marine anglaise et de l'Angleterre et de l'étranger n'ont reçu qu'un seul sujet atteint de la pierre ! M. Hutchinson en conclut que les voyages sur mer ou la profession de marin doivent être conseillés à ceux qui sont atteints de la gravelle.

Injections avec la teinture d'iode dans l'hydrocèle. — Nous avons plusieurs fois signalé les bons résultats obtenus par M. Velpeau qui, à l'exemple de M. Martin, chirurgien de Calcutta, n'emploie plus, depuis longtemps, que les injections de teinture d'iode dans les cas d'hydrocèle. Ce procédé a été expérimenté avantageusement et adopté par un médecin de Hambourg, M. le docteur Oppenheim. Ce praticien a employé déjà quinze fois cette méthode, et il a toujours eu lieu d'être extrêmement satisfait du résultat. La teinture d'iode s'est montrée très-efficace chez des enfants comme chez des adultes de tout âge, dans des cas de petites hydrocèles comme de grandes, de courte ou de longue durée; là où l'hydrocèle n'affectait qu'un seul côté ou les deux côtés en même temps, soit que l'opération fût tentée pour la première fois ou qu'elle eût déjà été précédée de plusieurs autres; et même, dans un cas, après l'insuccès d'une injection de vin rouge pratiquée par une main très-habile, enfin, aussi bien pour l'hydrocèle simple, que compliquée d'hématocèle (hydro-hématocèle). La réaction n'a jamais été assez forte pour solliciter l'emploi d'autres moyens externes. Trois à quatre semaines, et six tout au plus, ont suffi pour la guérison complète; plusieurs malades même ont été, au bout de quinze jours, parfaitement rétablis. Si quelques praticiens ont abandonné ce nouveau procédé comme tout-à-fait inefficace, d'autres comme ayant entraîné la suppuration et la gangrène du scrotum, M. Oppenheim attribue la cause des résultats si divers à la préparation de la teinture d'iode d'après les différentes pharmacopées. Celle de Hambourg prescrit, ainsi que la pharmacopée de Prusse, quarante-huit grains d'iode sur une once d'esprit de vin rectifié. Comme l'iode est peu soluble dans l'eau, il faut par conséquent avoir soin de ne préparer le mélange de la teinture d'iode avec l'eau qu'au moment même où l'on doit s'en servir, afin d'empêcher que l'iode ne vienne à se précipiter; il faut également que ce mélange soit chaud, parce que dans cet état l'iode reste plus longtemps dissous. L'on ne doit pas non plus oublier de prendre en considération le degré d'intensité de la douleur qu'accuse le malade, et de régler d'après cela le temps que le liquide doit séjourner dans la cavité de la tunique vaginale, et la quantité qu'il convient d'y laisser.

Enfin, l'emploi d'une bouteille de gomme élastique lui paraît préférable à celui d'une seringue, parce qu'il offre l'avantage de pouvoir à plusieurs reprises faire rentrer et sortir le liquide dans la tunique, sans s'exposer à des extravasations dans le tissu cellulaire, et de préserver le mélange d'iode du contact de la lumière dont l'influence déterminerait la précipitation de ce médicament.

Bains d'air chaud dans les cas d'asphyxie par submersion. — Un chirurgien de l'hôpital du nord de Liverpool, dans un article publié dans la Gazette Médicale de Londres, et reproduit dans l'Encyclographie, vient de signaler les avantages qu'il a retirés de l'usage des bains d'air chaud dans presque tous les cas d'asphyxie par submersion qui se sont présentés depuis neuf mois à l'hôpital. Il fut amené par le hasard à l'emploi de ce moyen.

Un noyé fut apporté pendant la nuit, dans un moment où il était impossible de se procurer l'eau chaude nécessaire pour un bain ordinaire. Un appareil pour bains d'air (semblable à ceux dont on se servait dans les hôpitaux, à l'époque du choléra) étant tombé sous la main, on l'appliqua aussitôt, et, en moins de quelques minutes, la tempéreture fut élevée à quatre-vingt-dix degrés de Fahrenheit. Le noyé fut rappelé à la vie. Ce cas ayant convaincu le chirurgien de l'importance de l'agent que le hasard lui avait fait trouver; il s'en servit en toute occasion, et ses efforts ont été couronnés de succès, même alors qu'il l'espérait le moins.

L'instrument employé est formé de deux tubes en tôle, ayant chacun trois pieds de longueur et quatre pouces de diamètre, et réunis à angle droit. La partie inférieure ou le piédestal est plus large pour donner de l'aplomb à l'instrument. Dans ce piédestal est une lampe à esprit de vin avec huit ou dix becs séparés, ayant chacun un bouchon, afin qu'en le plaçant et en le déplaçant la température soit à la volonté de l'opérateur.

Un noyé asphyxié étant apporté, on le dépouille de ses habits, et ayant séché son corps, on le pose sur une table enveloppé de couvertures; on met un coussin sous ses épaules, un sous le sacrum, et, au moyen de cerceaux et de couvertures, on forme une espèce de dais au-dessus de son corps. L'orifice du tube qui transmet la chaleur est alors placé en-dessous du dais, près des pieds du malade; en moins de cinq minutes on obtiendra une atmosphère de cent degrés de Fahrenheit, en contact avec presque les onze douzièmes de toute la surface du corps.

La supériorité des bains d'air chaud sur les autres bains ne consiste

pas en ce qu'on peut plus facilement se les procurer ou les appliquer. Personne ne niera la nécessité de tenir la température élevée pendant que l'on cherche à produire une respiration artificielle. Cependant il est presque impossible, quand le malade est plongé dans un bain d'eau chaude ordinaire, de dilater les poumons. Dans les bains d'air chaud, la position du malade est parfaitement adaptée à la manipulation du soufflet, la chaleur et la rareté de l'atmosphère engendrée tendent à dilater les parois de la poitrine; tandis que, dans les bains ordinaires, la pesanteur du fluide, pressant sur tous les côtés du thorax, doit entraver les efforts pour faire jaillir les étincelles de vie qu'il peut y avoir encore.

Il devient aussi inutile par là de faire l'évaporation du corps sortant de l'eau; ce qui n'est pas peu important; en s'aidant de la couverture pour former la respiration artificielle, on peut diminuer à volonté la capacité de la poitrine sans déranger les couvertures de l'appareil. Un autre avantage attaché aux bains d'air chaud, c'est qu'étant vite prêts, et l'atmosphère qu'ils produisent de suite en contact avec la surface du corps, on diminue certainement la violence de la réaction en mettant un terme à l'affaissement.

Dans la réaction de l'asphyxie des noyés, l'aphorisme d'Hippocrate : *Ubi stimulus, ibi fluxus* est des plus vrais; c'est ce qu'on peut observer par la diversité des symptômes dont la réaction est accompagnée; par exemple, chez une femme nerveuse irritable, cette réaction peut commencer par une hystérie violente ou des convulsions; chez une personne qui a les poumons délicats, l'inflammation de ces organes sera excitée. Personne ne doutera qu'en provoquant la réaction aussitôt que possible on ne détermine la circulation de la quantité extraordinaire de sang stagnant dans le cerveau et dans les poumons, et qu'on ne diminue la tendance des organes ou des tissus particuliers à l'inflammation, ce qui est le plus à craindre.

Par les bains d'air chaud, on peut régler à volonté la température; mais, quand la réaction est établie, on peut en continuer l'usage comme stimulant pour entretenir la circulation à la surface du corps, tandis qu'en même temps on se sert de la lancette pour tirer du sang si l'état du pouls en indique la nécessité.

VARIÉTÉS.

Concours pour la chaire de matière médicale et de thérapeu-

tique. — Déjà trois épreuves de ce concours, la question écrite, la leçon après vingt-quatre heures de préparation, la leçon après trois heures de préparation sont terminées; il ne reste plus que la thèse; les sujets en ont été distribués et les argumentations commenceront dans quelques jours. Jamais concours n'avait excité plus d'intérêt et n'avait été suivi avec plus d'assiduité; un grand nombre de médecins de tout âge ont disputé aux élèves une petite place sur les bancs poudreux de l'amphithéâtre de l'école.

La question écrite la même pour tous les compétiteurs, a été la suivante : « Plan d'un cours de matière médicale et de thérapeutique. »

Les sujets échus par le sort pour la leçon préparée pendant vingt-quatre heures sont : 1º De la médication anti-syphilitique et de ses principaux agents. (Guérard). 2º De la médication tonique et de ses principaux agents. (Requin). 3º De la médication contro-stimulante et de ses principaux agents. (Trousseau). 4º De la médication vermifuge et de ses principaux agents. (Cazenave). 5º De la médication fébrifuge et de ses principaux agents. (Cottereau). 6º De la médication altérante et de ses principaux agents. (Bouchardat). 7º De la médication sudorifique et de ses principaux agents. (Sandras.) 8º De la médication anti-spasmodique et de ses principaux agents. (Martin-Solon). 9º De la médication antiphlogistique et de ses principaux agents. (Baudrimont).

Les leçons après trois heures de préparation, ont roulé sur les sujets suivants : 1º Des principaux médicaments du groupe des strychnées, et de leur emploi en thérapeutique. (Guérard et Requin). 2º De l'opium et de son emploi en thérapeutique. (Martin-Solon et Trousseau). 3º Des principaux médicaments vomitifs tirés du règne végétal et de l'ipécacuanha en particulier. (Cazenave et Bouchardat). 4º De l'iode et de son emploi en thérapeutique. (Sandras et Cottereau). 5º Du soufre des eaux minérales et de leur emploi en thérapeutique. (Baudrimont).

Les sujets des thèses ont été ainsi répartis : 1º MM. Cazenave : De l'appréciation des divers moyens qui peuvent être employés pour déterminer les propriétés des médicaments. 2º Sandras : De l'influence des principales doctrines médicales sur la thérapeutique. 3º Baudrimont : De la dose des médicaments relativement à leur mode et à leur intensité d'action. 4º Bouchardat : De l'influence que les méthodes thérapeutiques peuvent exercer sur la durée des maladies aiguës. 5º Guérard : Des inductions que la thérapeutique peut tirer de l'action physiologique des médicaments. 6º Martin-Solon : De la révulsion. 7º Trousseau : De l'influence de l'habitude sur l'action des médicaments. 8º Cottereau : Des modifications que la connaissance des causes des maladies

peut introduire dans leur traitement. 9° Requin : Des purgatifs et de leurs principales applications.

Variole et vaccine. — Le comité central de Londres pour la vaccine a publié au mois de février dernier un espèce de manifeste pour rassurer les populations, relativement à la dégénérescence du virus vaccin et à l'extension qu'a paru prendre la petite-vérole en 1838. Ce comité, par l'organe de ses présidents, sir Henri Halfort, président du collége royal des médecins de Londres, et Leigh Thomas, président du collége royal de chirurgie, émet l'opinion formelle que le virus vaccin n'a nullement dégénéré, et que c'est avec peine qu'il a vu quelques médecins soutenir qu'il fallait souvent avoir recours à la maladie de la vache pour renouveler la matière de l'inoculation. Le comité croit même prudent de détourner d'avoir recours à cet expédient, et de continuer à se servir du virus vaccin, parce que la vache est sujette à plusieurs maladies éruptives, et qu'une erreur peut être commise dans le choix des pustules par des mains inexpérimentées. La petite-vérole s'est montrée épidémiquement en Angleterre et sur le continent européen en 1838. Cette maladie a fait périr en Angleterre pendant cette année huit cents personnes. En 1837, la mortalité par la variole n'avait été que de deux cents; les années précédentes, elle n'avait été guère plus considérable. Qu'est-ce que cela, quand on sait qu'en une seule année, avant l'introduction de l'inoculation, au commencement du dernier siècle, la petite-vérole enleva en Angleterre quarante-cinq mille personnes, et qu'ensuite année commune, jusqu'à la vaccine, elle faisait périr environ cinq mille personnes? — L'établissement central a vacciné, au moyen de ses vaccinateurs payés, dix-huit mille six cent cinquante-neuf personnes en 1838, et a expédié pour diverses parties du monde deux cent trois mille huit cent dix-huit charges de vaccin. Le nombre des vaccinations de Londres a été, en 1838, de 6,241, plus considérable que les années précédentes; le nombre des charges de vaccin, expédié pendant cette année, dépasse celui des années précédentes de soixante-dix mille quatre-vingt-dix-sept charges.

— M. Bouvier vient d'être élu membre de l'académie de médecine dans la section d'anatomie et de physiologie. Dans le scrutin de ballotage, il a obtenu 67 suffrages, et M. Jobert de Lamballe 59.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DÉTERMINATION DES LIMITES DANS LESQUELLES DOIT SE CIRCONSCRIRE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE.

Il n'est peut-être pas une question en thérapeutique générale qui, par son importance, prime la question que nous posons ici; il n'en est peut-être pas non plus dont la solution soit entourée d'aussi nombreuses difficultés : surgissant non-seulement à propos de toute affection morbide, mais encore à propos de tout individu souffrant, cette question demande aussi impérieusement à être résolue que celle du choix des moyens thérapeutiques eux-mêmes; et si nous voyons si souvent les mêmes moyens réussir et échouer alternativement dans des cas exactement semblables, sans nul doute il faut attribuer en partie cette différence de résultat à l'indétermination des limites dans lesquelles doit se circonscrire l'action thérapeutique pour être efficace. Mais ne demandez point aux théories les enseignements propres à vous guider dans la détermination de l'instant des maladies, où le médecin doit ainsi s'effacer, et laisser aux efforts médicateurs de la nature le soin d'achever une guérison heureusement commencée sous les auspices de l'art; il n'y a point de place dans les régions élevées où se tiennent les théories pour un point de pratique aussi mesquin; ce n'est donc point là qu'il faut chercher ces enseignements; nous ne les chercherons point davantage dans les idées générales qui tendent aujourd'hui à dominer la science : le principe de localisation anatomique qui préoccupe si souvent et presque à leur insu les esprits les plus capables d'ailleurs de comprendre les maladies, dans l'ensemble des éléments variés qui les composent, est un obstacle à ce que l'on accorde à ce point important de la science toute l'attention qu'elle mérite. Tout l'art d'observer aujourd'hui se résout en une seule question, la détermination du siége du mal, et la raison de cette préoccupation exclusive, c'est qu'au sens de la philosophie médicale moderne, une fois ce siége déterminé, la question pathologique la plus importante est résolue; toutes les indications thérapeutiques découlent de là. Ceci une fois posé, il est clair que la question pratique que nous agitons en ce moment ne peut pas même se présenter à l'esprit : la maladie étant essentiellement locale, et nos moyens d'investigation avancée nous permettant de suivre celle-ci dans toutes les phases de son développement, la thérapeutique ne doit suspendre son action que quand l'organe dont la lésion commande tout l'ensemble de l'affec-

tion morbide a recouvré ses conditions anatomiques normales. C'est cette vue, selon nous erronée, et dont nous trouvons la raison dans l'importance exagérée que l'on accorde aux lésions matérielles de l'organisation, qui a conduit dans ces derniers temps quelques esprits plus logiques qu'observateurs à certaines méthodes thérapeutiques dont la hardiesse épouvante. Comme la logique qui ne guérit pas vaut moins, en somme, que la peur qui laisse vivre, nous allons essayer de montrer qu'une thérapeutique circonspecte, qui ne pose point à l'avance des formules générales dans lesquelles doivent s'encadrer tous les cas, mais qui proportionne son action à l'intensité du mal, tient compte de toutes les circonstances de la maladie, et sait, dans quelques cas, s'arrêter avant que les lésions organiques locales aient disparu; parce qu'elle n'admet qu'un seule et légitime jugulation, à savoir celle à laquelle s'associe, pour une part toujours importante, la nature médicatrice; nous allons essayer de montrer, disons-nous, que cette thérapeutique est la seule rationnelle, même en face des lésions anatomiques qui, jusqu'ici, n'ont pu à elles seules fonder le traitement d'aucune maladie, et qui ne le pourront pas davantage dans l'avenir.

S'il est un fait démontré en médecine, c'est que depuis les indispositions les plus légères, qui ne sont en quelque sorte qu'une autre manière de se bien porter, jusqu'aux troubles les plus graves de la santé, presque toutes les maladies sont susceptibles de se résoudre spontanément. Pour celui qui voit les choses d'un peu haut dans notre science, et qui ne s'est pas laissé complétement distraire de l'observation pure et simple de la nature, pour ne voir et n'étudier celle-ci que dans la miniature des théories, cette résolution spontanée possible de presque toutes les affections morbides est un fait important, immense, et qui mérite au plus haut degré de fixer l'attention. Que toutes les maladies se résolvent dans une lésion locale constante, incertaine, ou seulement probable; ou bien que l'ensemble phénoménal qui les constitue ne soit que la manifestation de troubles survenus dans les forces qui gouvernent la vie dans l'organisation, dans l'un et l'autre cas, il faut chercher dans une puissance quelconque la liaison de la résolution spontanée d'un mal quelquefois fort grave, dont nous parlions tout à l'heure : cette puissance, cette force, nous n'en rechercherons point ici la nature; nous nous bornerons à la signaler comme un fait nécessaire, inévitable en présence de l'observation. Or, maintenant nous demanderons si dans une thérapeutique quelconque, en face d'une maladie quelconque, il est permis d'agir comme si cette importante loi n'existait pas. Quand on étudie l'histoire de la science dans une autre vue que celle d'y ramasser les moyens de montrer une érudition facile, on est frappé de la constance

avec laquelle cette grande loi, plus ou moins nettement formulée, se tient à côté des systèmes les plus contradictoires; partout sa place est marquée : une des formes sous laquelle on la voit le plus souvent se traduire ou s'exprimer, c'est la doctrine des crises. Soumettez à la coupelle d'une analyse sévère cette doctrine fameuse; élaguez-en les idées erronées qu'un humorisme tout hypothétique y a mêlées, retranchez-en les jours critiques qu'y a introduits une sorte de fatalisme qui pesa pendant si longtemps sur toutes les sciences à leur berceau, que reste-il de cette doctrine ainsi ramenée à la vérité de son point de départ? un fait incontestable, que l'observation nous remet tous les jours sous les yeux, c'est-à-dire que dans un très-grand nombre de maladies, sinon dans toutes, il se produit au sein de l'organisme vivant certains mouvements réactionnels spontanés, qui tendent d'eux-mêmes à rétablir l'équilibre dans les fonctions. Voyez cet individu atteint d'une pneumonie au premier ou au second degré, il a subi un plus ou moins grand nombre de saignées, ou bien vous avez déjà introduit dans son estomac trente, quarante grains de tartre stibié, et cependant le pouls a conservé sa fréquence, peut-être son développement et sa plénitude. L'auscultation, la percussion, nous ont montré hier encore que la lésion locale demeurait stationnaire; mais ce matin en abordant votre malade, il vous dit que toute la nuit il a été baigné de sueurs: touchez le pouls si vous voulez maintenant, soyez à l'avance convaincu toutefois que la circulation générale a subi une sédation remarquable, que le pouls a perdu brusquement quinze, vingt, trente pulsations peut-être; que si vous explorez directement l'état des poumons, vous trouverez sûrement encore et de la matité et du râle crépitant, même du souffle bronchique, mais ne vous préoccupez point trop de cet état local, maintenez le malade à la diète, tenez-le dans une température douce et uniforme, et le mouvement réactionnel qui a déterminé cette crise sudorale si heureuse, se continuant suivant les lois d'une physiologie sagement conservatrice, saura bien de soi faire rentrer tout dans l'ordre. Maintenant qu'oppose-t-on à cet enseignement si simple d'une expérience de tous les jours? ceci, comprenez-le bien, savoir que ces crises salutaires sont dans le cours des maladies une éventualité trop incertaine, pour qu'on doive régler sur cette base les ressources de la thérapeutique. C'est à merveille, mais de bonne foi, la thérapeutique ne se vante-t-elle point un peu ici? les résultats auxquels elle nous conduit, quand nous nous laissons guider exclusivement par elle, sont-ils donc si certains que nous devions négliger tous moyens de salut qui peuvent nous être offerts d'ailleurs? Nous l'avouerons hautement, quand nous voyons les hommes les plus éclairés parmi nous se diviser sur les questions de thérapeutique les

plus élémentaires, les plus simples et d'une application quotidienne, nous ne comprenons pas comment on peut faire si bon marché des ressources précieuses que nous trouvons dans la nature. D'ailleurs que sont donc les moyens si puissants dont nous devons nous servir et toujours et partout, sans nous inquiéter d'en coordonner l'application avec les ressources de cette réaction thérapeutique interne, rarement suffisante par elle seule, si l'on veut, mais incontestable comme fait; que sont ces moyens, disons-nous, sinon des agents propres pour la plupart à provoquer dans l'organisme des mouvements en tout semblables à ceux qui constituent cette réaction spontanée elle-même? On conviendra au moins qu'il serait fort extraordinaire que l'imitation fût excellente, pendant que la chose imitée serait un effet vain et de nulle valeur.

Il est encore un autre ordre de phénomènes qui, en même temps qu'ils se rattachent à l'ensemble des forces qui gouvernent la vie dans l'organisation, montrent ces forces sous un nouveau jour, et viennent ainsi en aide à l'observation pour en déterminer les lois : nous voulons parler de l'invariable régularité avec laquelle se succèdent les diverses périodes des affections morbides. Derrière ce fait, derrière cette physiologie nouvelle, il faut bien voir sa cause, il faut bien reconnaître sa loi. De même que dans l'état normal vous ne trouvez point dans le jeu d'un organe fonctionnant actuellement la raison de la vie générale, de même vous chercheriez vainement en état de maladie la raison de la physiologie nouvelle dont nous venons de parler, dans l'état anatomique d'un organe actuellement souffrant. Dans l'un et l'autre cas, il faut admettre l'intervention de forces capables de coordonner les phénomènes variés de la vie soit de l'état de santé, soit de l'état de maladie. C'est là un point capital en thérapeutique, car si cette régularité de développement dans les phénomènes qui constituent une affection morbide est un fait réel, une loi; s'il y a une physiologie pathologique, il est évident que ce fait important ne saurait jamais être perdu de vue dans le traitement des maladies; c'est d'après cette donnée fondamentale que la thérapeutique doit régler, diriger toute son action. On a bien compris toute la portée de ce point de doctrine, aussi tous les médecins pour lesquels toute maladie se résout dans les lésions matérielles de l'organisation, et qui partant n'instituent leur thérapeutique que sur cette base, ont-ils nié que les maladies fussent soumises à une loi constante dans leur développement et dans leur marche. Il y a ici deux erreurs qui se tiennent en quelque sorte par un lien logique; la première par ordre de filiation d'études, c'est l'interprétation erronée des lésions anatomiques qui, dans toute maladie, ne sont qu'une fraction du mal; la seconde,

c'est l'interprétation également fausse, l'analyse incomplète des phénomènes qui marchent parallèlement avec ces lésions; dans cette manière de comprendre les choses, toute affection morbide se résout dans une sorte de lésion traumatique, la médecine n'est qu'une autre chirurgie, seulement beaucoup moins puissante que la science à laquelle elle s'assimile, et qui, si elle n'ampute pas, c'est qu'elle n'a point encore trouvé les procédés convenables pour le faire impunément.

Mais on a beau presser dans tous les sens, torturer la matière, on a beau la soumettre aux investigations de l'analyse la plus perfectionnée, on n'en fera pas plus sortir la physiologie normale que la physiologie pathologique; la force sous l'empire de laquelle se vascularise, se développe progressivement la gouttelette liquide qui, plus tard, deviendra homme, est derrière tout phénomène de vie, chaque molécule de l'organisme en est imprégné. D'ailleurs ce n'est point le seul élément important que néglige l'école anatomique dans la solution des questions de pathologie; par une inconséquence que son impuissance ne saurait justifier, les lois physiques qui régissent les corps organisés, et auxquelles l'homme devrait être d'autant plus impérieusement soumis, qu'il consisterait en un agrégat ne différant de ceux-ci que par un simple mode de juxta-position moléculaire, ces lois sont complétement négligées. Quel état fait-on dans cette école des fluides impondérables dont l'existence au sein de l'organisme est démontrée par l'expérience directe : que sait-on de la composition du sang, et des liquides variés qui en émanent : à l'autopsie de cet individu qui vient de succomber, vous trouvez constamment, je le veux bien, une injection souvent très-circonscrite de la muqueuse intestinale, et tous les phénomènes de physiologie morbide qui existent dans l'état de vie doivent se rapporter à ce traumatisme de cause interne! mais ces forces variées, ces agents divers, si vous le voulez, qui sont comme l'ombre de la matière tant ils en sont inséparables, qu'en faites-vous? vous posez vous-même la question de leur intervention possible dans les phénomènes multiples de la maladie : on peut biffer tout cela dans un livre, mais on ne saurait, sans le détruire, ôter à un atome les forces dont il est doué.

Ainsi donc, l'importance exagérée que nous avons donnée à l'élément purement anatomique des maladies nous a fait perdre de vue, non-seulement les lois de la vie, telles que les manifestent les phénomènes variés qui la traduisent, mais encore les lois purement physiques auxquelles l'organisation de la matière ne saurait complétement se soustraire. Et dans cette ignorance à la fois volontaire et forcée, nous n'hésitons sur aucune des questions qui se rattachent le plus immédiatement à la pratique de l'art, et nous fondons toute notre thérapeutique

sur un seul élément morbide, sans tenir compte d'autres éléments qui, pour tomber sous l'appréciation d'un autre mode d'expérience, n'en conservent pas moins une incontestable valeur. Tel est l'état de la science, ces vides ne se comblent point par des assertions tranchantes, ou par des vues théoriques qu'on s'habitue à substituer à la réalité des choses, il faut, pour arriver à ce but, étudier la nature en face, et dans l'impuissance où nous sommes de saisir la nature intime des faits, nous ne devons laisser échapper aucun des accidents par lesquels celle-ci tend à se manifester ; il n'y a de science complète possible qu'au point de convergence de tous ces rayons diffus. On fait à une certaine manière de philosopher en médecine le reproche d'accorder trop d'attention aux faits rares, excentriques, exceptionnels ; nous répondrons à cela que ce reproche est d'abord assez peu philosophique en lui-même, puis nous demanderons si ce n'est point la constatation rigoureuse de ces faits qui a empêché la science de s'absorber dans telle ou telle théorie. Nous comprenons du reste que les faits de cette nature sont assez importuns, mais qu'y faire ? On prétend, par exemple, que les fièvres graves consistent dans une inflammation ou spéciale ou commune de la muqueuse intestinale : or voici qu'on oppose à cette étiologie des cas bien dûment constatés, où cette lésion génératrice des accidents variés qui, dans l'état de vie, constituent cette maladie, manque complétement : qui ne comprend l'immense valeur qu'acquièrent de tels faits en face de ces théories ? ne peut-on pas dire qu'en pareil cas la science, la véritable science, nous disons, se réfugie là ? mais ces faits sont tout négatifs, dit-on, négatifs de vos vues systématiques sans doute ; au jour de la vérité, qui vous dit qu'ils ne seront pas les plus importants témoins ?

En résumé donc, la pathologie se partage en deux séries de faits bien distincts : les uns sont les lésions de tissus que l'anatomie constate, les autres échappent au scalpel, mais pour n'être pour la plupart observables qu'à la condition de la vie, ils n'en ont pas moins de valeur. On a voulu de nos jours fonder toute la science sur les premiers, et nous ne voyons pas que depuis dix ans on ait fait un pas de plus dans cette voie ; ce n'est donc point là qu'on trouvera le mot de l'énigme. Dans cet état de choses, les faits de la seconde série acquièrent une très-haute importance ; eux seuls peuvent fournir les éléments nécessaires à la solution de la question ; c'est donc sur ces faits nombreux et de nature diverse qu'on doit aujourd'hui porter surtout son attention. Là est le point de départ unique du progrès dont tout le monde parle, que personne n'accomplit, ne commence même.

Mais en attendant les solutions de l'avenir sur tous ces points importants de la science, il faut agir, il faut, par la thérapeutique, appli-

quer la science telle qu'elle est; or, quelle doit être, en face de toutes ces questions pendantes, la conduite du praticien? Nous l'avons déjà dit, ce doit être une thérapeutique prudente, circonspecte, qui ne prétende presque jamais, par une action violente, à supprimer une affection morbide un peu complexe, comme en chirurgie on supprime un membre frappé de gangrène, mais qui, se coordonnant toujours avec les ressources des efforts médiateurs de la nature, ne se prive jamais du bénéfice certain de cette puissante intervention. Les lacunes nombreuses dont notre science est remplie, et dont tout esprit un peu éclairé n'a que trop la conscience, nous commandent d'abord cette réserve; l'observation directe vient ensuite qui nous confirme que c'est là, en effet, la plus sage direction. Essayons maintenant, par quelques faits rapidement esquissés, de faire passer dans l'application les principes que nous venons d'exposer.

Nous avons déjà parlé de la pneumonie, comme aussi bien c'est là une des maladies dans lesquelles on a surtout dans ces derniers temps préconisé la méthode antiphlogistique poussée à son dernier degré d'énergie; voyons si dans cette affection même, où le plus ordinairement cette méthode thérapeutique est incontestablement la plus puissante, les principes que nous avons posés ci-dessus ne sont point susceptibles de recevoir une heureuse application. Avant de mettre le pied sur ce terrain brûlant, nous commencerons par déclarer qu'il est loin de notre pensée d'élever le moindre doute sur l'authenticité des faits contradictoires sur lesquels on s'appuie pour instituer dans la pneumonie une thérapeutique différente de celle que nous voulons faire prévaloir ici; nous demandons seulement à user du droit qu'a tout homme qui a une plume dans son carnet de dire ce que nous avons vu et comment nous l'avons vu. Et d'abord il y a un fait que personne, nous le supposons, ne s'avisera de révoquer en doute, c'est qu'avant qu'on eût formulé cette nouvelle méthode thérapeutique, on avait guéri nombre de pneumonies sans qu'on ait eu recours à des émissions sanguines aussi abondantes. La plupart des médecins qui à l'heure qu'il est n'ont point encore adopté cette méthode continuent de traiter cette affection suivant les enseignements de l'antique expérience, et guérissent tous les jours. Or, de ce simple fait il résulte très-clairement une conséquence fort importante, c'est à savoir que parmi les pneumonies auxquelles on oppose d'une manière générale la méthode dite jugulante, il y en a nécessairement un certain nombre auxquelles les saignées abondantes qui constituent cette méthode ont été au moins prodiguées en pure perte. Nous croyons que c'est déjà là une très-sérieuse objection à faire à cette nouvelle thérapeutique. Sans nous exagérer les dangers pour l'orga-

nisme des pertes de sang artificielles répétées coup sur coup, nous croyons pourtant qu'il est un bon nombre d'individus qui ne pourraient subir ces évacuations sanguines abondantes sans un dommage réel pour leur santé générale. Pour apprécier les effets sur l'économie de ces sortes d'hémorrhagies provoquées, il ne faut point se borner à en étudier les résultats immédiats, il faut suivre pendant un certain temps les individus qui les ont subies; pour nous, nous pouvons affirmer avoir plus d'une fois constaté à cet égard des résultats, qui n'ont pas peu contribué à nous imposer, comme une loi et de science et de conscience tout à la fois, la réserve que nous recommandons ici; mais c'est là un point fort important de pratique sur lequel nous ne voulons que glisser en ce moment, nous proposant de le traiter plus tard, s'il y a lieu, avec tous les développements qu'il comporte. Pour l'instant bornons-nous à cette simple remarque, savoir qu'en se tenant beaucoup au-dessous de la moyenne indiquée par la méthode dont il est ici question, on peut guérir un grand nombre de pneumonies, et que dans ces cas lorsqu'on multiplie jusqu'à ce point les saignées ou qu'on va au delà, on affaiblit les malades sans aucune espèce de compensation.

Maintenant, quand au lieu de classer thérapeutiquement tous les malades atteints de pneumonie dans des cadres dressés à l'avance, on établit dans cette maladie les bases du traitement, suivant l'ensemble des circonstances générales au milieu desquelles l'individualité morbide apparaît, on remarque ceci : 1° il est des malades dont l'affection se résout et rapidement et complétement, sans qu'il y ait eu besoin de recourir soit aux saignées générales, soit aux saignées locales; 2° il en est d'autres chez lesquels immédiatement après la première saignée, des phénomènes critiques apparaissent, et auxquels succède rapidement la résolution du mal; 3° dans une troisième catégorie de faits enfin on voit les lésions anatomiques telles que nous les traduisent l'auscultation, la percussion, demeurer stationnaires à un certain degré, tant qu'on persiste dans l'emploi des moyens antiphlogistiques, et ces lésions disparaissent rapidement au contraire, quand cet ordre de moyens est abandonné, et qu'on leur substitue une alimentation plus ou moins énergiquement réparatrice. Ces faits ainsi groupés, et authentiques autant que faits médicaux peuvent l'être, nous paraissent être de quelque poids dans la question thérapeutique qu'on prétend avoir résolue par la méthode dite jugulante. Ne parlant ici qu'incidemment de cette méthode, nous nous bornerons à lui demander ce qu'elle fait de ces cas, et dans laquelle de ces catégories elle les place. Pour nous, nous estimons que ces faits ont une telle importance, que, quelle que soit la méthode de traitement que l'on oppose à la pneumonie, ils constituent un ordre

d'indications thérapeutiques spéciales, auxquelles il faut constamment obéir. Ils commandent avant tout par exemple de renfermer l'usage des moyens violemment perturbateurs dans certaines limites, que l'on ne doit que très-rarement dépasser. Pour les cas de la première catégatorie, ils seraient au moins complétement inutiles ; pour les cas de la seconde série, ils peuvent être éminemment dangereux, car ils peuvent brusquement supprimer un mouvement réactionnel puissant, qui va droit à la résolution du mal. Les auteurs contemporains comme les auteurs de tous les temps sont remplis d'observations de pneumonie où l'on voit, comme nous l'avons dit en commençant cet article, une diaphorèse abondante préparer la résolution de l'affection morbide tout entière : en pareille circonstance, en effet, on ne voit presque jamais la maladie se transformer en un épanchement pleurétique avec ou sans noyau inflammatoire plus ou moins étendu dans le parenchyme pulmonaire ; en même temps que les lésions locales se résolvent, le jeu normal des diverses fonctions se rétablit, un appétit franc et légitime, fort différent de cette sorte d'affamation de toute l'économie qu'on voit en quelques circonstances, et qu'on ne peut souvent satisfaire, parce que les digestions se font avec peine, se fait sentir, et assure une convalescence rapide, sans entraves. Nous sommes intimement convaincu que dans la méthode thérapeutique qui consiste en des saignées à haute dose, et répétées à de courts intervalles, on doit empêcher très-souvent ces mouvements critiques salutaires; mais si, malgré l'énergie souvent inutile de cette médication, ils se manifestent en quelques cas, que fait-on alors? continue-t-on cette méthode, et qu'arrive-t-il quand on tire du sang dans l'imminence d'une puissante diaphorèse ou pendant sa durée? C'est là une question pratique fort importante, et dont la solution aurait au moins autant d'utilité que le solfège pathologique des bruits plus ou moins musicaux du cœur, des artères ou du canal intestinal. Enfin on ne jugule point encore toutes les pneumonies, et dans ces cas exceptionnels où la lésion locale persiste, et où, comme nous l'avons dit plus haut, l'expérience de tous les jours démontre qu'on ne parvient à obtenir la résolution de l'engorgement, qui a survécu à l'emploi méthodique de la saignée, qu'en nourrissant les malades, insiste-t-on encore sur les émissions sanguines?

Les réflexions pratiques que nous venons de faire sur le traitement de la pneunonie s'appliquent à toutes les affections qui figurent dans nos cadres nosologiques. Là partout, quand on étudie les choses dans une intention plus philosophique que celle de leur faire parler la langue de ses idées, on voit que les affections morbides se composent d'accidents variés dont toutes les lois ne se déduisent pas de l'anatomie patholo-

gique : cette dernière nous fournit son contingent d'inductions thérapeutiques, mais ces inductions ne sont point toute la science. L'état de vie est observable comme le cadavre, et la physiologie pathologique a aussi ses enseignements : qu'appréciant enfin dans leur vérité l'importance des lésions nécroscopiques, les observateurs reportent un peu leur attention trop longtemps distraite sur cette pathologie vivante, et l'on verra se confirmer la vérité de quelques-unes des lois formulées par les hommes de la vieille science; en reprenant en sous-œuvre leurs travaux, et en s'éclairant dans ces recherches ultérieures des lumières des découvertes modernes, on dégagera quelques-unes des inconnues que nous avons signalées, quelques-unes des inconnues plus nombreuses que nous avons sous-entendues. En attendant, ce qui résulte clairement de l'esquisse rapide que nous venons de présenter, c'est que toute thérapeutique qui ne tient point compte de ce grand fait clinique, qu'il y a dans l'organisme une puissance médicatrice qui tend de soi à rétablir l'ordre au sein des fonctions troublées ; que cette puissance, cette force est soumise dans son développement à des lois appréciables à l'observation clinique : que toute thérapeutique, disons-nous, qui ne coordonne point son action sur l'organisme avec ces lois parfaitement constatées, comme faits, si elles ne sont pas encore rigoureusement formulées, est une thérapeutique qui doit souvent frapper à faux. En se tenant dans les limites des inductions légitimes de l'observation, au lieu de laisser toute la science s'absorber dans un seul de ses nombreux points de vue, on arrive à comprendre qu'il n'y a qu'une thérapeutique vraiment philosophique, c'est cette thérapeutique circonspecte qui, connaissant toutes les ressources de la nature, en tient compte dans toute maladie, et sait s'arrêter avant de les avoir épuisées : ç'a été la règle de conduite de tous les princes de la science, comme on disait avant que chacun ne se crût roi par la grâce de soi-même : écoutez quelques-uns de ces vieux aphorismes, sous la protection desquels nous aimons à placer ce que nous venons de dire : *Plures sunt medici, qui ob id ægros interimunt, quod nesciunt ipsi quiescere* (Morgagni). *Tunc enim optimum remedium est nullo uti remedio* (Hoffman). S'il est une vérité en médecine, c'est celle qu'expriment ces sentences; elles devraient être inscrites en lettres d'or au frontispice de tout ouvrage qui dit un mot de notre science.

Et c'est lorsque le système de M. Broussais est débordé de toutes parts par les faits nombreux qui lui échappent, qu'on voudrait faire passer dans la pratique générale l'exagération d'une des conséquences de son principe erroné ; qu'on voudrait établir qu'il n'y a qu'une seule thérapeutique, et que cette thérapeutique consiste en une sorte de

cathétérisme du système vasculaire; on conviendra que le temps au moins est assez mal choisi; mais, dit Bacon, de même que l'eau ne peut s'élever plus haut que le couronnement de sa source, de même la doctrine d'Aristote ne s'élèvera jamais plus haut que la doctrine d'Aristote.

Max. Simon.

SUR L'EMPLOI DE L'HUILE DE CROTON-TIGLIUM DANS L'ENTÉRALGIE SATURNINE;

par M. Bally, médecin de la Charité.

Lorsque l'huile de *croton-tiglium* nous venait des Indes-Orientales par la voie de l'Angleterre ou de la Hollande, ses effets étaient aussi peu connus que mal appréciés; on n'ignorait pas néanmoins qu'elle appartenait à la classe des purgatifs drastiques.

Le croton-tiglium ou graine de Tilly est une production des Moluques, de Ceylan, du Malabar (M. Magendie). Nous faisons maintenant un usage très-fréquent de son huile qui s'obtient de la manière suivante : on réduit en poudre dans le moulin les graines; cette poudre, renfermée dans une toile de coutil, est soumise à une forte pression entre deux plaques de fer chaudes, et on filtre l'huile qui en provient après quinze jours de repos; le marc fournit aussi de l'huile au moyen de deux fois son poids d'alcool. (M. Soubeiran.)

Nous devons à M. Caventou l'idée d'extraire l'huile des graines de Tilly. Le premier flacon qu'il obtint me fut confié, et je me hâtai d'en comparer les effets avec ceux de l'huile venue de l'étranger; il ne fallut pas de laborieuses recherches pour se convaincre de l'identité d'action.

Ce produit est d'une âcreté, d'une énergie incalculables; il ne veut être administré que chez les individus dont le tube digestif est sans traces d'inflammation, ou doué de peu d'irritabilité. A cette époque, j'adoptai son emploi dans la colique dite des peintres; dès ce moment le procédé devint vulgaire à la Pitié, à Cochin, à l'Hôtel-Dieu, hôpitaux dans lesquels j'avais fait successivement le service. Cependant quelques médecins de la Charité, l'Herminier et Rhullier, conservèrent encore les vieilles formules de ce dernier établissement. La méthode, dite des frères de la Charité, a bien quelque efficacité; mais elle est dégoûtante, fort coûteuse; ses effets sont incertains, d'ailleurs fort lents.

Que sont, en effet, ces divers mélanges? la combinaison informe de médicaments plus ou moins drastiques. Or, n'était-ce pas rendre un immense service que de lui substituer un remède simple, dont le prix total ne s'élèvera pas, dans les hôpitaux, à 5 centimes pour une guérison complète et plus sûre et plus prompte?

Énumérons sommairement les drogues qui entrent dans cette composition ancienne ; la voici simplifiée par le codex des hôpitaux : 1° eau de casse avec trois grains d'émétique et le sulfate de magnésie ; 2° potion purgative : électuaire diaphénix, poudre de jalap, feuilles de séné, sirop de nerprun ; 3° lavement purgatif : mêmes substances que pour la potion ; 4° une bienheureuse eau bénite : six grains d'émétique dans huit onces d'eau ; 5° un lavement anodin, très-anodin sans doute, fait avec douze onces de gros vin rouge, et six onces d'huile de noix.

Lorsque je pris un service à la Charité, il fut, pendant toute l'année de 1838, surchargé d'une quantité prodigieuse de malades atteints d'entéralgies et d'entéro-rachialgies saturnines. Il importait à la science et au bien de l'humanité de comparer de nouveau les diverses méthodes Dans le quartier-général de ces maladies. Le vieux farrago des frères fut mis fréquemment en usage, et il en résulta pour tous les assistants cette vérité : que la guérison se fait attendre bien plus longtemps qu'avec l'emploi de l'huile de croton (1).

A cette époque, M. Tanquerel-Desplanches continuait et voulait achever ses consciencieux travaux sur la colique saturnine. Il désirait arrêter ses idées sur les divers procédés, et il ne tarda pas à se convaincre que le mien était sous tous les rapports préférable aux méthodes nombreuses qui avaient été adoptées. Voici ma formule : *une goutte d'huile de croton-tiglium dans une cuillerée d'eau fraîche* ; si, après six ou huit heures, l'action paraît nulle, on recommence, pour continuer ainsi toutes les huit heures. Ce traitement, accompagné d'eau de veau ou de bouillon aux herbes, termine les souffrances souvent dans une journée, et terme moyen en soixante-douze ou quatre-vingts heures.

Il est parfois des constipations tellement opiniâtres que pendant plusieurs jours elles résistent à tout ; mais à la longue, l'huile triomphe de l'obstacle. On peut cependant, dans ce cas, et seulement dans ce cas, administrer un lavement composé de deux onces d'huile de ricin et de trois gouttes d'huile de croton. La constipation, et il ne faut pas l'oublier, a le petit intestin et non le gros pour point de résistance. Un des inconvénients de cette huile est de provoquer le vomissement ; alors elle purge moins, ou manque son effet laxatif. L'action émétique n'est un mal que dans ce sens, car le vomissement soulage toujours. Il faut recommencer et insister, puisque tout le succès dépend de la défécation.

S'il n'y a pas trop de résistance, une seule goutte suffit pour procurer de six à vingt selles. Dès ce moment la douleur intestinale est

(1) Ce vieux farrago des frères de la Charité peut être plaisant par sa composition ; mais assurément il n'est pas de traitement meilleur et plus certain dans les coliques de plomb graves et rebelles. (NOTE DU RÉD.)

domptée, mais il faut assurer la guérison et prévenir le retour en administrant encore une seule goutte tous les deux jours pendant deux ou trois fois.

Quelque douloureuse que soit cette maladie, il n'y a jamais la plus légère trace d'inflammation. Il est permis de soupçonner que le poison adhère sur les parois intestinales, et qu'il est entraîné par les évacuants.

S'il est absorbé, il produit des douleurs dans les membres, des paralysies des poignets, l'amblyopie, et le redoutable symptôme de l'épilepsie; alors les purgatifs sont inutiles; ils ne m'ont pas plus servi que la morphine; quant à la strychnine, soit par la méthode endermique, soit ingérée dans l'estomac, elle ne m'a point paru aussi efficace que je l'avais pensé d'abord. Je n'ai pas eu lieu de m'applaudir des bains sulfureux ni de l'acide sulfurique; un instant j'avais cru que l'association de la morphine avec la strychnine, prises en pilules, produisait quelques bons effets; une plus longue expérience a démenti ce premier résultat.

Les combinaisons de cette huile avec des substances étrangères neutralisent communément son action.

—Je dirai rapidement ici que je divise en deux temps anatomiques ce que l'on nomme improprement fièvre typhoïde : premier temps, *iléo-diclidite folliculeuse*; deuxième temps, *iléo-diclidite elcose* ou *ulcéreuse*.

Cette division influe sur mes idées thérapeutiques; ainsi, après les émissions sanguines, surtout locales, je me hâte de provoquer sur toute la peau de l'abdomen un érythème vésiculeux au moyen de frictions avec l'huile de croton; ce procédé est destiné à déplacer l'inflammation iléique en la reportant sur la peau. Il m'arrive aussi de faire surgir sur la région iléo-cœcale des ulcérations au moyen d'un emplâtre stibié appliqué sur des piqûres récentes de sangsues. Ces larges ecthymas ont pour but d'arrêter les progrès des ulcérations internes et même de les prévenir lorsquelles ne sont pas encore complétement formées, ou lorsque les glandes de Peyer déjà ramollies tendent à l'ulcération. Un jour peut-être me sera-t-il permis de développer ces idées, déjà consignées dans bien des ouvrages périodiques. BALLY.

DE LA LEUCORRHÉE DES JEUNES FILLES AVANT L'AGE DE LA PUBERTÉ, ET DE SON TRAITEMENT.

Peu d'auteurs se sont occupés d'une manière spéciale de la leucor-

rhée des jeunes filles avant l'âge de la puberté; cependant cette affection entraîne les conséquences les plus fâcheuses; elle épuise la constitution des jeunes sujets qui en sont atteints et les dispose ainsi à une foule d'accidents graves. M. Schoenfeld, qui partage avec M. Cunier la rédaction des annales d'oculistique et de gynécologie et s'occupe avec tant de distinction de tout ce qui a rapport aux maladies des femmes et aux accouchements, vient d'élucider ce point important de pratique dans un excellent mémoire publié par la Société de Médecine de Gand. Nous croyons utile de présenter un résumé thérapeutique du travail de cet habile gynécologue.

A l'âge de quatre à douze ans il se manifeste quelquefois chez les jeunes filles un orgasme inflammatoire des parties extérieures de la génération avec rougeur, chaleur, douleur aux grandes et petites lèvres, au clitoris, à l'orifice de l'urètre et au vagin; cet état s'accompagne d'un écoulement plus ou moins abondant par le canal vulvo-utérin, de mucosités puriformes plus ou moins épaisses, jaunâtres et quelquefois verdâtres. Les parties enflammées sont souvent le siége de démangeaisons et quelquefois d'excoriations. Cette maladie présente trois périodes bien distinctes: l'inflammation, l'exhalation muqueuse, la résolution ou décroissance. Quand elle est peu intense et exempte de complications, telles que la phlogose du canal digestif, une affection thoracique, ou encéphalique ou une maladie cutanée, la durée de la leuchorrhée varie de quelques semaines à trois mois.

Cette affection ne doit point être confondue avec les indispositions suivantes qui surviennent également chez les jeunes filles; ce sont: 1º la menstruation précoce; 2º l'écoulement vulvaire chez les enfants nouveau-nés; 3º l'inflammation et le flux muqueux déterminés par le viol; 4º les phlegmasies aiguës et chroniques de l'uterus et de ses annexes internes avant la puberté; 5º l'écoulement syphilitique de l'urètre et du vagin; 6º l'ulcère charbonneux aux parties génitales externes; 7º d'autres ulcères, des dartres, des abcès aux parties sexuelles chez les petites filles. Avec un peu d'attention, la leucorrhée sera facilement distinguée de ces affections.

Le flux muqueux dont il est question a son siége principal dans la muqueuse vulvaire, dans le vagin et principalement dans les follicules muqueux de la partie antérieure de ce canal. Dans la généralité des cas l'utérus n'en fait pas les frais; cependant quand l'écoulement est opiniâtre on peut penser qu'il est entretenu par une phlegmasie latente du corps ou du col utérin.

Le tempérament lymphatique ou relâchement du système génital prédisposent les jeunes filles à la leucorrhée; mais la cause qui déter-

mine le plus souvent cette maladie, c'est la masturbation. Cette fâcheuse habitude, qui rend si puissantes les autres causes occasionnelles les plus faibles, est malheureusement fort répandue parmi les jeunes filles non pubères, et elle échappe à la surveillance la plus active. D'autres influences déterminantes sont la malpropreté, la rétention des urines ou des matières fécales, un régime débilitant et mauvais, les habitations humides, froides, les habillements trop chauds et serrant l'abdomen, le sommeil trop prolongé dans des lits chauds, la dentition, l'inflammation idiopathique du canal digestif.

Le flux vulvo-vaginal des enfants est divisé par M. Schoenfeld en trois grandes classes : 1° *leucorrhée idiopathique* (catharrhale, héréditaire, par onanisme, viol, etc); 2° *leucorrhée sympathique* (de gastro-entérite, de dentition, de vers, d'un calcul, etc); 3° *leucorrhée symptomatique* (due à un état morbide du système génital interne ou à un état pathologique général).

Nous allons laisser M. Schoenfeld exposer lui-même le traitement qui convient à cette maladie.

Quelquefois la leucorrhée des enfants n'est qu'une affection très-peu grave, et l'on ne réclame pour elle les secours de l'art qu'à cause de l'inquiétude qu'inspire aux parents une maladie extraordinaire à l'âge où elle paraît; mais il arrive aussi que le médecin est appelé, à cause des souffrances qu'elle occasionne et même à cause du danger réel auquel cette affection expose.

Le flux muqueux simple, idiopathique, et dont la période inflammatoire n'est pas accompagnée d'une série de symptômes qui dénotent un grand trouble de l'état général, et principalement chez des enfants d'une constitution favorable, est une affection si voisine du catarrhe, qu'elle réclame un traitement presque semblable.

L'indication principale à saisir est donc celle de diminuer le mouvement fluxionnaire vers les organes génitaux externes et surtout vers la muqueuse vaginale. En conséquence, il faut faire usage de tous les moyens propres à diminuer et à dissiper la congestion dans les parties excitées. Quelquefois les fomentations émollientes, adoucissantes, telle qu'une décoction de semences de lin, de feuilles de mauve ou de têtes de pavot; les bains de siége tièdes et chargés de substances qui adoucissent et ramollissent les tissus, suffisent pour modérer l'irritation; parfois deux à trois sangsues à chaque aine deviennent nécessaires et aident beaucoup à rétablir l'état normal. Il est superflu de faire remarquer que ces moyens doivent être accompagnés et aidés d'un régime ou d'une diète convenable, de lavements et de l'usage de boissons rafraîchissantes, etc. Toute la médication doit tendre à la diminution de

l'état fluxionnaire vers les parties sexuelles, afin d'écarter la chronicité de la maladie; il est donc indispensable de laisser couler les piqûres des sangsues assez abondamment pour diminuer la tuméfaction, la chaleur et le prurit dans les tissus congestionnés.

Une autre indication, mais qui ne peut naturellement s'établir qu'après l'entière dissipation des symptômes de phlogose, est celle de borner la sécrétion muqueuse plus ou moins abondante. Cette indication n'est point pure, si l'écoulement, quoique copieux, s'accompagne de gonflement inflammatoire, c'est-à-dire d'un certain degré de chaleur, de sensibilité ou d'engorgement de la tunique vaginale. Le meilleur astringent pour diminuer la secrétion muqueuse et vicieuse est le bain frais (de 18 à 20° R.). L'on sait que le froid resserre et fortifie les tissus, et l'on connaît l'effet exercé sur les organes de la génération par le bain de rivière pris pendant la bonne saison : il contracte et consolide; son usage, surtout lorsqu'il est fréquent, donne à la peau une dureté remarquable.

Trois à quatre bains par semaine, de trente minutes à une heure chaque fois, constituent un excellent tonique. Le bain frais convient principalement aux enfants qu'on croit être d'une fibre molle et lâche. Cependant la prudence exige de bien surveiller l'effet de ce moyen thérapeutique, énergique et précieux. Il faut que le médecin prenne toutes les précautions dans son emploi, qu'il examine bien l'état des voies digestives et aériennes, afin d'écarter des congestions vers les viscères intérieurs et opérer des révulsions plus fâcheuses que la maladie même.

Quant aux excoriations ou ulcères plus ou moins légers qui se montrent parfois avec les dérangements de la muqueuse vulvo-vaginale des enfants, il suffit, pour les prévenir, de faire observer la plus grande propreté. Jewel recommande de laver souvent les parties génitales avec un mélange tiède d'eau et de vinaigre de vin ou avec de l'eau et du lait tiède, si l'oxycrat excite. Le même auteur dit que l'écoulement vaginal chez les jeunes filles peut entraîner une adhérence des lèvres, si l'on n'observe point une grande propreté. Si l'excoriation n'est que simple et accompagnée de peu de phlogose, des fomentations avec de l'eau de Goulard suffiront pour y remédier. J'ai employé aussi en pareil cas de légers plumasseaux avec du cérat simple ou de saturne, qui modifie beaucoup l'état morbide des capillaires lymphatiques. S'il existe de l'inflammation ou de la douleur, on aura plutôt recours aux émollients liquides et tièdes. Si les ulcères, qui par bonheur sont ordinairement superficiels et peu graves, s'étendent davantage et gagnent en profondeur, ou sont de nature suspecte, il faut naturellement en re-

chercher la cause et tenter la guérison par des topiques et un traitement général convenables. Souvent une pommade peu forte de nitrate acide de mercure et d'axonge suffit pour modifier favorablement la lésion des tissus.

Aux moyens que nous venons de recommander, on peut ajouter, lorsque l'état général le réclame et que les voies digestives le permettent, l'usage intérieur de quelques légères substances toniques végétales, comme l'extrait de gentiane en pilules, ou le sirop de quinquina.

L'usage d'acides végétaux et minéraux fortement étendus peut être également utile; dans deux cas j'ai aussi employé avantageusement le baume de copahu en pilules. Un confrère m'a dit avoir guéri en pareil cas avec quelques doses de camphre. Le régime doit être nourrissant et pas entièrement végétal : le bouillon léger pris plusieurs fois par jour est le meilleur fortifiant; on peut aussi permettre aux repas un peu de vin de Bordeaux étendu d'eau. Il faut surveiller les enfants, les empêcher de se donner trop de mouvement et d'exciter les parties par des attouchements; leurs habillements ne doivent ni les gêner ni les serrer.

L'on a blâmé avec raison l'usage immodéré des remèdes révulsifs et astringents dans le traitement des affections chroniques des membranes muqueuses en général et principalement dans la leucorrhée des adultes. Ce blâme est encore plus fondé, lorsqu'il s'agit de l'emploi de ces agents thérapeutique contre le flux muqueux de enfants, et il faut être en garde contre le danger d'une prompte suppression de cette maladie ou du déplacement du travail de sécrétion morbide sur d'autres muqueuses.

L'expérience a démontré que le flux muqueux des jeunes filles non encore pubères a fréquemment pour cause la présence de vers dans le tube digestif, surtout d'ascarides dans le gros boyau. J'ai eu une fois l'occasion de vérifier l'existence de cette cause. Un pharmacien de notre ville donnait depuis plusieurs semaines des soins à une fille de cinq ans et demi, affectée de leucorrhée vaginale, et avait de son mieux diagnostiqué que l'écoulement était déterminé par une turgescence mensuelle précoce. La période de phlogose n'avait duré que peu de jours sans intensité, et il n'existait plus qu'une sécrétion presque purulente et peu abondante; la mère m'assura que l'onanisme n'était pas la cause de la sécrétion morbide. Des bains frais furent employés pendant quinze jours sans effet, lorsqu'à cause de quelques accidents sympathiques que je crus remarquer, je soupçonnai l'existence de vers dans l'intestin et je conseillai à la mère de bien examiner les déjections de l'enfant. L'on découvrit alors un nombre très-considérable d'ascarides (*ascaris vermicularis*) dans les matières fécales, et je fis administrer une infusion

concentrée de *semen-contra*, en lavement plusieurs fois par jour, et vingt-cinq grains de poudre de cette semence, à prendre deux fois dans les vingt-quatre heures. L'usage de ce médicament vermifuge et quelques laxatifs aidèrent à débarrasser le rectum de ces entozoaires incommodes, et le flux muqueux se tarit dès lors insensiblement. Elias Von Siebold traita à Berlin une jeune fille à peine pubère pour une leucorrhée qui ne voulait céder à aucune médication, lorsque par des recherches on acquit la conviction de la présence d'un grand nombre d'ascarides dans l'intestin. La destruction de ces vers par une solution de sublimé fit cesser promptement la maladie. Rigby conseille une infusion concentrée de camomille officinale en lavement, et Locock a employé avec succès des lavements de savon avec de l'huile de térébenthine.

Nous ne parlerons point des moyens propres à prévenir l'onanisme, pour ne mentionner que ceux qui peuvent corriger cette mauvaise pratique chez les jeunes filles où elle est cause de leucorrhée. On réussit généralement bien avec des enfants douces et d'un caractère soumis et chez celles qui vivent avec des fleurs et des poupées, par l'emploi d'une surveillance active, par l'occupation de l'esprit et une distraction convenable et continuelle, et l'usage de bains de siége frais, souvent répétés ; mais il n'en est pas de même chez des enfants indociles, surtout quand la clitorimanie se présente avec des accès fréquents. Il faut alors des moyens plus efficaces pour prévenir les attouchements et surtout le frottement des cuisses. M. Martin le jeune employait des gants de toile métallique dans l'écoulement vulvo-utérin déterminé par l'abus de soi-même. On a imaginé d'autres moyens de contrainte ; les ceintures pourvues de sous-cuisses et de grillages en métal qui emprisonnent la vulve ne conviennent pas toujours, par la raison que leur emploi est extrêmement incommode et s'oppose à la propreté des parties externes de la génération, si nécessaire en pareil cas. Les meilleurs moyens consistent en une surveillance infatigable et sévère, et si l'emploi des révulsifs intellectuels, la contrainte et les menaces, ne réussissent pas ; il faut sans crainte avoir recours, toutefois quand l'état physique le permet, aux révulsifs corporels, c'est-à-dire à la verge, chaque fois que l'enfant cherche à se masturber.

Dans deux cas, j'ai employé avec un bien grand succès les applications d'eau froide à l'occiput et à la nuque, conseillées par Gall, et dernièrement encore j'ai réussi à guérir par ce moyen un jeune homme adonné à ce vice et atteint de symptômes graves d'affection cérébrale avec un haut degré de somnolence et de faiblesse des extrémités inférieures. Je lui fis prendre cinq fois par jour des bains d'occiput froids,

d'une demi-heure chaque fois, en le faisant coucher en travers du lit, l'occiput étant plongé dans un vase convenable plein d'eau très-froide et souvent renouvelée.

Quand le repli de la membrane muqueuse du clitoris est trop long et que l'on soupçonne que ce prolongement est la cause de la masturbation, il faut le retrancher circulairement et au besoin une partie du clitoris ou même tout l'organe avec les petites lèvres, opération qui a été pratiquée plusieurs fois et que vient encore de mettre en pratique Ribes, de Turin, pour un cas d'onanisme grave. Du reste l'opération de l'excision circulaire du repli muqueux du clitoris est de peu de gravité et l'on sait qu'elle se pratique sans danger sur les jeunes filles des climats ardents. Nous avons dit que la leucorrhée du bas âge est fréquemment accompagné d'une foule d'autres affections, et que surtout elle est souvent consécutive aux inflammations gastro-intestinales. Ces complications sont de nature à servir très-fréquemment d'indications thérapeutiques. Quelques applications de sangsues, un régime doux, des boissons adoucissantes, l'éloignement de toute influence qui pourrait congestionner davantage les organes abdominaux et génitaux, enfin un traitement antiphlogistique bien approprié doit être dirigé contre l'affection primitive. Les bains de siége et les grands bains frais ne conviennent naturellement pas en cette circonstance

En exposant le diagnostic de la maladie qui vient de nous occuper, nous avons parlé de la quasi-difficulté de distinguer la leucorrhée des enfants de la menstruation précoce qu'annonce souvent la première. La même difficulté existe lorsqu'il s'agit de tracer des principes thérapeutiques pour toutes les nuances qui se présentent. Un examen attentif des causes, effets et phénomènes de ce flux muqueux vulvaire, enfin un bon diagnostic seul peuvent servir à établir les bases du traitement, surtout quand la maladie se prolonge trop longtemps.

Dans beaucoup de cas, l'expectation est très-utile. La force et l'énergie de l'organisme pendant l'enfance font très-souvent tous les frais des guérisons, quand le médecin n'entreprend rien qui puisse entraver les efforts de la bonne mère nature.

DE L'EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ DANS LES PARAPLÉGIES.

Dans le courant de l'année dernière, nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis plusieurs paraplégiques traités par M. Biett au moyen du seigle ergoté. Nous avons suivi avec intérêt chez ces malades l'action du médicament, nous promettant, lorsque les faits seraient assez nom-

22.

breux, de signaler à nos confrères les résultats de l'application de cette substance contre les paraplégies dépendantes d'un manque d'action de la moelle spinale sans lésion organique. Nous savions qu'antérieurement aux essais de M. Biett, le seigle ergoté avait été employé à l'hôpital d'Aix par MM. Arnaud et Payan, et qu'il avait produit entre leurs mains des guérisons inespérées ; mais nous ignorions les détails de cette administration. Aujourd'hui nous pouvons préciser les effets obtenus à l'Hôtel-Dieu d'Aix, en empruntant au mémoire que M. Payan a publié dans la Revue quelques-uns des faits qu'il renferme, lesquels tendent à établir que la matière médicale possède dans le seigle ergoté un excitant puissant du système nerveux rachidien, c'est-à-dire de la moelle épinière et des organes auxquels elle envoie ses nerfs.

Déjà, depuis plusieurs années, des observations éparses dans divers écrits médicaux, constatant des effets assez différents produits par cette même substance, avaient fait présumer à M. Payan que le seigle ergoté avait une action multiple, qui pouvait se porter sur plusieurs systèmes d'organes. Il avait remarqué qu'exclusivement employé, dans le principe, pour réveiller les douleurs utérines pendant l'accouchement, on avait fini par l'employer dans presque toutes les affections indiquant un manque d'énergie de la matrice (hémorrhagies passives, aménorrhée, etc.); que plus tard avait été constatée la propriété d'activer la sécrétion des urines ou du moins leur excrétion, ce qui a déjà permis d'utiliser cette qualité pour combattre certaines rétentions d'urine, occasionnées par un état de débilité contractile de la vessie; et qu'enfin on ne pouvait s'empêcher, d'après quelques faits déjà connus, d'admettre une action manifeste de cette substance sur les muscles des membres pelviens, et dans des cas de paraplégie. L'action primitive du seigle ergoté sur des appareils organiques, de nature si diverse, pouvant être plus que contestée, M. Payan s'est demandé si ce n'était pas sur le centre nerveux, duquel irradient les nerfs qui transmettent la sensibilité et la motilité sur les parties qu'influence si heureusement le seigle ergoté, que se portait cette action primitive; cette présomption s'est transformée pour lui en certitude depuis qu'il a pu remarquer son action directement excitante sur la moelle épinière. Actuellement, il est bien démontré à M. Payan que le seigle ergoté est avant tout, et primitivement, un stimulant de la moelle épinière, et que son action sur l'utérus, la vessie, les muscles des membres inférieurs, n'est qu'une action secondaire, une action de réaction transmise de la moelle épinière à ces diverses parties par les nerfs qui en partent.

Cette manière d'envisager le seigle ergoté nous explique dès lors, dit ce médecin, son action en apparence multiple, qui peut se manifester

sur des systèmes d'organes si différents. Elle permet même, en quelque sorte, de préciser les cas où il conviendra de l'administrer; ce sera quand il deviendra nécessaire de stimuler des organes qui reçoivent leurs nerfs de la moelle épinière, comme la matrice dans des cas d'inertie de ce viscère, la vessie dans certaines rétentions d'urine, celles dues, par exemple, à une distension forcée de cette poche qui n'a plus la force d'expulser le liquide, ou bien quand il faudra réveiller l'action de la moelle épinière elle-même, et faire cesser l'espèce de stupeur vitale dans laquelle elle se trouve à la suite de fortes commotions, stupeur d'où résultent des paraplégies.

M. Payan rapporte quatre observations de paraplégies chroniques inutilement traitées par divers moyens et guéries par l'ergot de seigle. Voici deux des observations recueillies par ce médecin.

Obs. I. — Le 1er août 1836, entra dans les salles de l'Hôtel-Dieu d'Aix le nommé Silvestre, âgé de soixante-douze ans, vieillard maigre, à la colonne vertébrale très-infléchie en avant, se plaignant d'une faiblesse très-prononcée des membres inférieurs, qui avaient de la peine à supporter le poids de son corps. Placé d'abord dans les salles de médecine, il y fut soumis pendant un certain temps à l'usage des liniments excitants, soit sur le long du rachis, soit sur les membres inférieurs. Mais aucune amélioration ne s'ensuivit; la paralysie fit au contraire des progrès. C'est au point que le médecin voyant que ce malade, exempt de douleurs au reste, n'éprouvait aucun bien des remèdes employés, crut devoir renoncer à toute médication, regardant cette paraplégie comme incurable, comme un effet irrémédiable de son âge et de l'inflexion de sa colonne vertébrale. C'est alors que le malade fut transféré dans les salles moins peuplées du service médical, où nous cherchâmes à étudier avec soin la nature de sa maladie afin de reconnaître s'il n'y aurait pas lieu de revenir de cette triste idée d'incurabilité. Voici ce que nous remarquâmes : les deux extrémités inférieures étaient complétement dépourvues de la faculté locomotive et elles ne conservaient plus qu'une sensibilité très-obtuse. Elles étaient, nous disait le malade, comme des morceaux de bois. L'excrétion des matières fécales et des urines s'opérait naturellement; les membres supérieurs étaient libres, il y avait absence de fièvre, appétit bon, digestions faciles.

M. le docteur Arnaud, praticien aussi savant que modeste, alors à la tête du service chirurgical, ayant eu connaissance de quelques faits où le seigle ergoté avait été utilement employé contre quelques paraplégies, décida que ce médicament serait expérimenté dans ce cas chez ce

malade : il fut donc prescrit, le 17 septembre 1856, de la manière suivante.

Seigle ergoté concassé 15 grains, faites infuser dans
eau bouillante 5 onces.

Coulez et faites prendre en une fois le matin à jeun. (A l'usage pour les jours suivants.)

Cinq jours après on augmente de cinq grains la dose de l'ergot. — Déjà le malade éprouvait une amélioration manifeste. Les membres inférieurs avaient recouvré une partie de leur sensibilité : ils lui paraissaient beaucoup plus légers et il pouvait déjà les mouvoir. Dans la soirée, ayant été mis hors de son lit, il put, en appuyant les mains sur le lit, en faire le tour à deux reprises.

Le 25 septembre, huitième jour du traitement, le malade est mieux encore; à l'aide d'un bâton que l'inflexion de sa colonne vertébrale rendait depuis longtemps nécessaire, il peut aller plusieurs fois seul, d'un bout de la salle à l'autre.

Le 29 septembre, douzième jour du traitement, on en était à vingt-cinq grains de seigle ergoté depuis deux jours. Silvestre a pu descendre à la cour des malades et remonter dans la salle, n'étant aidé que de son bâton. Dès ce moment la guérison de sa paraplégie a été complète.

Le seigle ergoté fut néanmoins continué pendant quelques jours.

Ainsi céda à l'action de ce médicament une maladie que bien de signes avaient pu, avec assez de raison, faire regarder comme incurable. Douze ou quinze jours de traitement suffirent pour obtenir ce résultat, auquel, il faut le dire, nous ne nous attendions guère.

Quelques nausées, quelques vomiturations même, mais rares, un peu de malaise vers l'épigastre, se faisaient remarquer ordinairement chez ce malade, pendant l'heure qui suivait l'ingestion du remède. Tout rentrait ensuite dans l'état normal. L'appétit se conservait bon; le malade mangeait la demi-portion ou le quart. Une sensation de fourmillement, quelques mouvements involontaires des muscles des membres inférieurs, étaient souvent perçus par le malade pendant l'usage de l'ergot.

Obs. II. — Dans le mois de mars dernier, un médecin des environs d'Aix me consulta pour une paraplégie rebelle persistant depuis deux mois, dont était atteint un de ses clients, à la suite d'une chute sur la région des lombes. Une médication assez énergique avait fait disparaître toute trace d'inflammation. Seulement était restée une grande faiblesse des extrémités inférieures qui empêchait le malade de pouvoir marcher

seul et sans aide. Je crus devoir conseiller le seigle ergoté aux doses ci-dessus indiquées. Le malade en prit pendant une quinzaine de jours. Il sentait à mesure les forces de ses jambes renaître, leur sensibilité revenir. A la fin de la quinzaine, il pouvait, à l'aide d'un bâton seulement, se promener autour de sa maison. Quoique le remède n'ait pas été repris, le malade ne se ressent presque plus aujourd'hui de cette faiblesse, de cette paralysie qui lui avait donné tant d'inquiétude.

En outre, une paraplégie consécutive d'une commotion de la moelle chez un soldat du génie à la suite d'une chute à la renverse, arrivée sur le navire qui le ramenait d'Alger à Toulon, a été guérie complétement par le seigle ergoté; et l'on a obtenu une amélioration très-grande chez un jeune homme de vingt-six ans, atteint depuis deux ans d'un affaiblissement des extrémités inférieures consécutif à un mal vertébral de Pott.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES PLAIES PAR ARMES A FEU ET LEUR TRAITEMENT.

L'étude des plaies par armes à feu a donné lieu aux plus vives discussions. Les reprendre aujourd'hui serait s'exposer à des répétitions sans profit pour la thérapeutique. Aussi n'aurai-je en vue dans cet article que l'exposition succincte des principes dont, à plusieurs reprises et dans ces derniers temps encore, M. Lisfranc a su faire une heureuse application.

Les effets des projectiles mus par la poudre à canon, des balles surtout, sont si extraordinaires, qu'on serait tenté parfois de ne pas y croire sans les avoir soi-même constatés; ainsi on a vu une balle frapper un des côtés de la tête, et sortir de l'autre côté sur un point opposé après avoir disséqué les téguments du crâne sans entamer ce dernier.

Une balle frappe plus ou moins obliquement l'abdomen, et contourne ses parois sans pénétrer dans sa cavité.

A la suite d'un duel, les deux adversaires étant placés sur un terrain égal et sans aucune élévation, M. Lisfranc eut occasion d'observer une blessure très-remarquable; la balle avait frappé le bassin et était descendue dans l'épaisseur des parties molles jusqu'à l'articulation tibio-

fémorale. Il est bien entendue qu'il n'est nullement question ici d'un projectile qui après un séjour plus ou moins long dans l'économie se déplace en cheminant au travers des tissus.

On a beaucoup parlé de l'aplatissement des balles contre un plan osseux ; j'en ai longtemps possédé une extraite par M. Lisfranc de l'intérieur d'un foyer purulent développé dans l'épaisseur de la cuisse où elle séjournait depuis plus de deux ans : cette balle était aplatie comme avec une marteau ; le fémur, sur lequel sa force d'impulsion avait dû s'épuiser , n'éprouva pas de solution de continuité.

Quelquefois une balle rencontre une crête osseuse et se partage en deux moitiés. M. Lisfranc se rappelle avoir vu à l'Hôtel-Dieu un fait semblable. Un balle avait porté sur la crête du tibia , une moitié fut retrouvée dans l'espace qui sépare les deux os de la jambe ; l'autre moitié était située au côté interne du tibia sous la peau, que dans son trajet elle avait disséquée.

La relation de ces faits si multipliés dans les annales de la chirurgie militaire ne constitue pas seulement un objet de curiosité , elle a pour le praticien une importance réelle. Elle apprend à ne pas juger de l'étendue et de la direction du trajet suivi par une balle sur le rapport direct de situation qui existe entre l'ouverture d'entrée et celle de sortie.

Ainsi combien le pronostic ne sera-t-il pas moins grave lorsqu'on saura qu'une balle qui atteint un membre ou le tronc peut sortir en un point diamétralement opposé, sans pénétrer dans l'épaisseur des tissus dont l'importance croît en raison de la profondeur à laquelle ils sont situés. Ces notions ont de plus l'avantage de pouvoir éclairer dans la recherche des projectiles, à laquelle on est souvent obligé de recourir.

Ces corps étrangers une fois introduits dans l'économie s'y comportent différemment. Les fragments d'obus, de balles, hérissés d'aspérités, y deviennent fréquemment une cause d'inflammation et de suppuration éliminatoire. La balle à surface lisse et dépourvues d'inégalités détermine autour d'elles une exsudation plastique qui forme, en s'organisant, un véritable kyste; d'abord d'apparence villeuse, il ne tarde pas à offrir une structure identique à celle des membranes séreuses, et sa cavité renferme comme celle de ces dernières une quantité variable de sérosité. Ce n'est qu'accidentellement et sous l'influence de l'inflammation que le kyste devient le siége d'une sécrétion purulente.

On conçoit que l'organisation des kystes autour d'un projectile introduit dans les tissus vivants suppose nécessairement une certaine lenteur dans la marche de celui-ci, s'il passe avec rapidité d'un point

à un autre, cette organisation accidentelle ne se fera pas, comme l'a très-bien remarqué Dupuytren, et l'enkystement n'aura pas lieu.

On s'est beaucoup occupé d'expliquer d'une manière satisfaisante l'inflammation qui tout à coup se développe autour de ces corps étrangers, dont la présence ne s'est pendant longtemps révélée par aucun phénomène morbide. M. Lisfranc en voit un motif suffisant dans les pressions auxquelles sont incessamment soumises les parties molles et notamment les muscles en se contractant sur un corps aussi dur que l'est une balle, surtout si celle-ci repose contre un plan osseux qui offre un point d'appui très-résistant. L'expérience a d'ailleurs plus d'une fois sanctionné cette manière de voir fort ingénieuse.

Malgré les observations bien authentiques qui prouvent que ces balles ont pu s'enkyster dans les principaux viscères de l'économie sans nuire sensiblement à l'accomplissement de leurs fonctions, on s'est demandé s'il était possible que le poumon fût traversé et que la guérison d'une telle plaie fut obtenue. A cela nous répondrons que M. Cayol a consigné dans la Revue un exemple de balle enkystée dans l'épaisseur de cet organe.

Il ne faut cependant pas ignorer qu'à la suite d'une plaie intéressant la paroi thoracique, la balle déviée de sa direction par le plan osseux sur lequel elle a porté peut contourner le thorax et aller sortir à une grande distance de son lieu d'entrée : de là le dire de certains malades qui affirment avoir eu la poitrine traversée de part en part. Notons que la méprise peut, dans les premiers instants, s'expliquer jusqu'à un certain point, par la gravité des symptômes, qui très-souvent, semblent indiquer une lésion des poumons.

Ainsi, il y a stupeur, anxiété profonde, oppression, pâleur à la face, dépression du pouls, et des crachements de sang souvent fort intenses. Si cet état est un effet de la commotion déterminée par le projectile, il ne tarde pas ordinairement à se dissiper; toutefois une inflammation traumatique du poumon ou des plèvres peut survenir; alors le diagnostic est très-difficile quand la balle est restée dans ses tissus, comme dans le cas suivant.

M. Lisfranc donna des soins, conjointement avec le docteur Piorry, à un jeune homme, le fils du général B..., qui reçut une balle dans l'épaule; au gonflement très-considérable qui survint, on pouvait suivre son trajet dans une grande étendue jusqu'à la ligne d'insertion du grand pectoral aux côtes. L'auscultation ne permettait pas de révoquer en doute l'existence d'un épanchement pleurétique considérable. Etait-il produit par du sang ou tout autre liquide? la plaie était-elle ou non pénétrante? Ces questions ne furent pas résolues, mais grâce à dix-huit

saignées faites dans l'espace de quinze jours, l'épanchement s'est résorbé, le blessé a guéri; on n'a jamais pu savoir ce que la balle était devenue. Il faut déduire de ce fait que dans le doute on doit agir comme s'il y avait lésion du poumon.

De toutes les questions qui se rattachent au traitement des blessures par armes à feu, il n'en est pas qui ait été plus vivement controversée que celle du débridement. Voici, à cet égard, les idées professées par le chirurgien en chef de la Pitié :

Sans doute, si en présence des graves accidents qui peuvent consécutivement se développer, le praticien se borne à l'application simple du cataplasme, faiblement aidée d'une ou de deux saignées générales, sans doute l'étranglement inflammatoire et ses suites si funestes seront à redouter. Il vaut mieux, sans contredit, recourir à un débridement prématuré que de compromettre la vie des blessés par une fausse et incomplète application de la méthode antiphlogistique si riche en succès quand elle est bien comprise et énergiquement employée. M. Lisfranc rappelle qu'à la suite des sanglantes luttes du mois de juin 1832, il fut chargé de donner ses soins à trente blessés de l'hôpital temporaire du grenier d'abondance. La plupart offraient des blessures graves intéressant les articulations, des fractures compliquées et doubles; chez plusieurs l'avant-bras, la cuisse, avaient été traversés de part en part; on observait entre autres lésions formidables une fracture de plusieurs os du métatarse produite par une balle qui avait labouré le pied dans toute l'étendue de son diamètre antéro-postérieur. Chez tous ces malades on ne pratiqua ni débridement, ni amputation; aucun ne succomba à l'exception d'un garde national de Belleville, qui, voyant qu'on ne la pratiquait sur aucun de ses voisins, ne voulut pas se soumettre à l'amputation que la nature de sa plaie réclamait impérieusement. C'est à la saignée générale plusieurs fois répétée, à la diète la plus sévère et à la combinaison raisonnée des autres antiphlogistiques que furent dus ces heureux résultats. On sait jusqu'où les chirurgiens militaires ont porté les évacuations sanguines générales, si bien qu'on pourrait quelquefois les accuser d'avoir outré les principes de la médecine physiologique, si le succès n'était pas là pour les justifier.

Ce ne fut pas *à priori* que M. Lisfranc se déclara partisan de cette méthode qu'il n'a pas peu contribué à régulariser. Dans la compagne de Dresde, l'armée française fut contrainte, dans sa retraite précipitée, d'abandonner quelque tirailleurs engagés dans les montagnes de la Bohême; s'étant plus tard portée en avant, on retrouva des blessés qui depuis plusieurs jours étaient gisants sur le sol, exposés aux intempéries du climat; ces malheureux, qui pour la plupart avaient perdu beau-

coup de sang, étaient très-faibles, mais chez le plus grand nombre les blessures étaient dans de bonnes conditions. Ce fait d'observation frappa d'autant plus vivement que non-seulement il était en opposition avec les idées reçues, mais qu'encore il contrastait singulièrement avec l'état dans lequel se trouvaient beaucoup de blessés qui, transportés dans les ambulances et soumis aux soins de l'art, n'en éprouvaient pas moins de graves accidents. En présence de ces faits, l'induction pour un observateur attentif se simplifiait beaucoup : il devenait évident qu'en plaçant les blessés dans des conditions semblables à celles où se trouvaient les soldats retrouvés sur le champ de bataille, on devait trouver la voie des mêmes résultats. Pour cela que fallait-il faire ? les soumettre à une diète sévère, pratiquer d'abondantes émissions sanguines, et recourir aux fomentations émollientes. On le fit, et on a vu par ce qui a été dit plus haut au sujet des blessés de juin, si le succès n'a pas dépassé les prévisions. Mais n'y a-t-il pas dans l'application de cette méthode un *modus faciendi* subordonné aux exigences des indications?

Examinons ce point important de la question : en général, les plaies par armes à feu présentent trois phases ou périodes La première est celle de stupeur; il est bien entendu que les saignées doivent être proscrites tant que le blessé reste dans cet état d'anéantissement, qu'il n'est pas rare d'observer comme effet de la commotion générale déterminée par la cause vulnérante.

La deuxième période est celle de réaction : c'est ici que le chirurgien doit recourir à l'emploi des évacuations sanguines en se réglant sur l'énergie réactionnelle indiquée par le développement du pouls, la coloration de la face, et la chaleur des téguments ; il doit prendre également en considération le tempérament du sujet, et la quantité de sang qu'il a perdu par sa blessure. M. Lisfranc fait d'abord pratiquer une large saignée déplétive, que l'on renouvelle au besoin cinq ou six heures après; puis chaque jour suivant une nouvelle saignée non plus déplétive, mais révulsive, est faite sur le point de l'économie le plus éloigné possible du siége de la blessure; la diète la plus sévère complète la médication. Ainsi on prévient le développement trop intense de l'inflammation, qui ne dépasse pas ordinairement les limites favorables à la cicatrisation. Il est maintenant un écueil qu'il faut savoir éviter : les saignées et la diète doivent avoir un terme au-delà duquel elles deviendraient nuisibles.

Quand le pus commence à être sécrété, ce qui signale le commencement de la troisième période, dite d'épuisement par Dupuytren, M. Lisfranc cesse les saignées dans la crainte de causer, comme cela s'est vu trop souvent, des résorptions purulentes; il augmente gra-

duellement l'alimentation, car le moment est venu où le malade ne doit plus vivre de sa propre substance, et dès le sixième jour on peut souvent donner la demi-portion des hôpitaux. En prévenant les accidents inflammatoires, cette médication a l'avantage de diminuer la sécrétion du pus et conséquemment de hâter la guérison. C'est ainsi que dans l'espace de quinze jours un élève de l'école Polytechnique, qui avait eu en duel les deux cuisses traversées par une balle, fut en état de reprendre ses travaux habituels. Un autre jeune homme, atteint d'une balle au flanc, traité de la même manière, présenta une très-faible suppuration et guérit non moins promptement. La balle ne fut pas retrouvée.

Il nous reste a appeler un instant l'attention sur le séjour du pus dans une plaie récente et sur les graves accidents qu'il peut occasionner. L'observation suivante, qu'on ne lira pas sans intérêt, servira plus à éclairer ce point pratique que toutes les théories auxquelles nous pourrions nous livrer.

Le colonel du sixième régiment de dragons eut l'humérus fracturé en deux endroits par une balle ; l'une des fractures siégeait dans le voisinage de l'articulation du coude. Plusieurs chirurgiens opinaient fortement pour l'amputation du bras faite immédiatement ; M. Lisfranc fut d'un avis contraire : le blessé l'ayant su, se refusa à l'amputation. Grâce au traitement antiphlogistique, d'après les principes établis plus haut, il ne survint aucun accident jusqu'au dixième jour ; tout à coup, à cette époque, l'appétit tomba, la langue devint rouge, sèche, une agitation fébrile assez vive se manifesta ; ces accidents survenus d'une manière aussi brusque conduisirent M. Lisfranc à penser qu'ils étaient dus au séjour du pus dans l'épaisseur du membre. Un premier examen, que la faiblesse du malade rendit incomplet, ne fut suivi d'aucun résultat. Dans la soirée du même jour, M. Lisfranc revit le malade, les accidents continuaient ; alors il fit asseoir le blessé, et il put ainsi constater, à la partie postérieure du membre, en regard de l'un des points fracturés, une fluctuation très-circonscrite. L'incision donna issue à trois cuillerées de pus phlegmoneux ; le lendemain la fièvre a cessé, le malade mange avec appétit ; on comprend que la consolidation des fractures fut longue à se faire, mais en définitive ce brave militaire eut le bras sauvé, et depuis sa guérison il a repris le commandement de son régiment. Nous n'insisterons pas sur les conséquences si simples de ces faits, chacun les saisira sans peine.

A. Forget.

DES MODIFICATIONS RÉCENTES APPORTÉES AU TRAITEMENT DU PIED-BOT.

Notre intention n'est pas d'exposer dans tous ses détails la thérapeutique du pied-bot; nous n'entrerons par conséquent point dans l'examen minutieux des moyens curatifs dont on s'est servi jusqu'à ce jour pour remédier à ce vice de conformation; nous avons uniquement pour but d'appeler l'attention des praticiens sur les importantes et heureuses modifications que son traitement a subies dans ces derniers temps.

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de difformité de ce genre traités par M. le docteur Bouvier, et nous avons pensé être utile en faisant connaître les résultats satisfaisants auxquels ce médecin est arrivé. Ces résultats se trouvent du reste consignés dans un mémoire de M. Bouvier sur la section du tendon d'Achille, publié dans les mémoires de l'Académie royale de Médecine.

Qu'on nous permette de dire quelques mots sur les pieds-bots en général; cela servira peut-être à mieux faire comprendre les méthodes nouvelles de traitement. Il existe en effet une corrélation intime entre ces méthodes et les diverses espèces de pieds-bots, qui ne constituent en réalité que des états permanents et exagérés dans les mouvements naturels du pied sur la jambe. Les auteurs leur ont donné le nom de *varus*, lorsque le pied est maintenu dans une adduction forcée; de *valgus*, lorsqu'il est au contraire porté dans une violente abduction; de *pied-équin*, lorsque le mouvement d'extension est tellement prononcé que le poids du corps repose sur les orteils; enfin de *talus* dans le cas opposé, c'est-à-dire lorsque le pied est tenu dans une flexion exagérée. — On conçoit que chacune de ces espèces doit s'observer à des degrés différents; on les voit de plus assez fréquemment se combiner ensemble: c'est ainsi que le talus accompagne presque constamment le valgus, au point même que certains auteurs rejettent cette espèce de pieds-bots et n'admettent que les trois premières. Le pied-bot, qui est souvent une difformité congéniale, est cependant quelquefois accidentel et produit par des contractures musculaires essentielles ou dépendant de la lésion de quelque branche nerveuse ou des centres nerveux eux-mêmes. L'étiologie du pied-bot accidentel explique peut-être jusqu'à un certain point celle du pied-bot congénial; toutefois le mode de transmission de cette difformité par l'hérédité viendra toujours compliquer singulièrement cette question. Si nous nous sommes arrêtés un instant sur cette cause vraie ou supposée du pied-bot, ce n'était pas sans motif, car, ainsi que nous le verrons, c'est pour combattre ses effets que l'on a eu recours à la section des tendons.

Il était facile de pressentir, d'après le simple aspect des diverses espèces de pieds-bots, que cette difformité devait surtout avoir son siége dans les articulations du pied avec la jambe, et de l'astragale et du calcanéum avec le scaphoïde et le cuboïde; M. Bouvier a parfaitement développé le mécanisme de sa formation dans son article *Pied-bot* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie en quinze volumes, et la dissection attentive des parties n'a laissé aucun doute à cet égard. On conçoit aussi, d'un autre côté, que de pareils déplacements ne peuvent s'opérer sans que les rapports des surfaces articulaires ne soient changés; ces surfaces elles-mêmes présentent des changements plus ou moins considérables, suivant le degré de la difformité. Ces circonstances, jointes au raccourcissement des muscles qui a précédé ou suivi la déformation, rendent suffisamment raison de la difficulté que l'on éprouve à redresser le membre dévié, et qui augmente en proportion de la durée de la maladie.

Rien de plus simple, au premier abord, que de remplir les indications curatives. La première chose, en effet, qui devait se présenter à l'esprit, c'était de chercher à obtenir le redressement du membre par des efforts modérés et soutenus, et de l'y maintenir à l'aide de moyens contentifs plus ou moins parfaits; on ne faisait ainsi que se conformer aux préceptes généraux à suivre dans tous les cas possibles de déplacements articulaires. Les appareils reçurent successivement de nombreux perfectionnements et les machines de Venel, Delacroix, Scarpa, Boyer et autres, furent souvent appliquées avec succès. Mais si l'application des moyens mécaniques fut d'un avantage incontestable, et suivi d'une entière réussite sur de jeunes sujets ou dans des cas où la maladie était récente, on vit souvent cette méthode de traitement échouer sur des hommes plus avancés en âge, ou chez lesquels la difformité remontait à une époque plus ou moins éloignée. Bien souvent on était forcé de suspendre le traitement à cause des douleurs qu'il occasionnait et des excoriations que déterminait la pression des machines; les guérisons étaient par conséquent longues et douloureuses, quelquefois incomplètes, et certains cas de pieds-bots étaient même réputés incurables.

Vers la fin du siècle dernier les médecins portèrent une attention plus grande sur la résistance des muscles: ne pouvant agir directement sur ces organes, ils pensèrent qu'il serait possible d'allonger les liens fibreux qui les unissaient aux os, et d'imprimer ainsi une nouvelle marche à la thérapeutique des pieds-bots. Les premières opérations de ce genre furent pratiquées sur le tendon d'Achille. Thilénius, médecin des environs de Francfort, publia le premier cas en 1789; Sartorius,

du duché de Nassau, en fit connaître un autre en 1812; Michaëlis, médecin à Marbourg, pratiquait cette opération à peu près vers la même époque, mais il diffère des deux autres en ce qu'il ne faisait que la section partielle du tendon; d'un autre côté, il donna plus d'extension à ce mode de traitement, et divisait les tendons dans d'autres régions du corps, où il pensait que leur section devait être avantageuse.

Les auteurs que nous venons de citer divisèrent la peau en même temps que le tendon: Delpech est le premier qui fit l'opération de manière à laisser les téguments intacts. Son procédé opératoire consistait à plonger un bistouri droit en avant du tendon, à traverser le membre, et à faire d'un seul coup deux espèces de boutonnières d'un pouce de longueur chacune; il introduisait ensuite dans la plaie un bistouri convexe avec lequel il coupait le tendon d'avant en arrière, en s'arrêtant à la peau.

Quelque heureux que fussent ces essais, ils ne trouvèrent pas d'imitateurs pendant un assez long espace de temps, jusqu'à ce qu'en 1833, et 1834, M. Stromeyer, de Hanovre, renouvela l'opération de Delpech, mais modifiée: le médecin allemand divisa le tendon d'Achille en enfonçant au devant de lui un bistouri étroit et convexe, qui ne laissait d'autre trace de son passage qu'une petite plaie transversale de la largeur de sa lame et une incision semblable, ou même une piqûre légère, du côté opposé; au lieu d'attendre vingt-huit jours avant d'allonger le tendon divisé, il le fit après le dixième jour dans les adultes, et dès le cinquième chez les jeunes sujets; aussi sa manière de procéder fut-elle et plus heureuse et bien moins douloureuse. Comme Michaëlis, il généralisa cette opération et fit de même la section des tendons dans d'autres régions du corps.

Le procédé opératoire de M. Stromeyer l'emporte incontestablement sur celui de Delpech; il est d'une exécution plus rapide, et les plaies extérieures se cicatrisent bien plus facilement. Il était cependant susceptible de recevoir d'importantes modifications; c'est le but que s'était proposé M. Bouvier, qui nous paraît avoir ramené cette opération à sa plus grande simplicité. Ce médecin pensa qu'il était facile d'éviter, dans tous les cas, de traverser la peau de part en part, en ne pratiquant qu'une ouverture suffisante pour l'introduction de l'instrument, et que cette ouverture elle-même pouvait se réduire à de très-petites dimensions, au moyen d'une plus grande étroitesse donnée à la lance du bistouri; il crut en outre qu'il importait de ne diviser le tissu cellulaire autour du tendon, que dans la plus petite étendue possible:

1° Afin de ménager la gaîne celluleuse qui l'entoure, et qui joue un rôle important dans la réunion des deux bouts;

2° Afin de causer moins de douleur en divisant un moins grand nombre de filets nerveux;

3° Afin d'ouvrir moins de rameaux veineux et de diminuer par là l'écoulement du sang sous la peau, qui donne toujours lieu à une ecchymose plus ou moins étendue;

4° Enfin pour rendre les suites de l'opération aussi simples que possible, en bornant à un très-petit espace le léger travail inflammatoire qui opère la réunion du tendon.

En variant les moyens de remplir ces indications, M. Bouvier a exécuté quatre procédés.

Le premier n'est autre que celui de M. Stromeyer; seulement on évite d'entamer les téguments du côté opposé.

Le second rentre en quelque sorte dans le premier : mais ici l'on fait d'abord une légère piqûre à la peau, par laquelle on introduit ensuite un bistouri droit, à pointe légèrement émoussée, afin de mieux éviter de piquer la peau du côté opposé.

Dans ces deux procédés le tendon est coupé d'avant en arrière, c'est-à-dire de la partie profonde du membre vers sa surface; dans les troisième et quatrième procédés, cette section s'opère en sens opposé; dans l'un, on perce la peau en long avec un bistouri droit ou concave, à lame très-étroite, que l'on glisse à plat entre le tendon et les téguments qui le recouvrent, et lorsque l'instrument est parvenu au bord opposé du tendon, on tourne le tranchant du côté de ce dernier, que l'on coupe de sa face entamée vers sa face profonde, en ayant soin de ne pas léser les téguments avec la pointe de l'instrument; dans l'autre, on pratique sur le côté du tendon, avec une lancette ou un bistouri ordinaire, une petite piqûre longitudinale, d'une à deux lignes d'étendue, à travers laquelle on introduit sous les téguments un ténotome à pointe mousse, qui divise également le tendon de dehors en dedans, avec plus de certitude de ne pas atteindre la peau du côté opposé. L'instrument dont M. Bouvier se sert est une sorte de petit couteau droit, d'une ligne de largeur à sa base, plus étroit et arrondi à sa pointe, et monté à peu près comme le kystitome qui sert à inciser la capsule du cristallin: on le fait agir en sciant plutôt qu'en pressant, et on est averti que la section est achevée par la cessation de la résistance et par l'écartement subit des deux bouts.

Ce dernier ou quatrième procédé nous paraît mériter la préférence sous tous les rapports; c'est, du reste, aussi la manière de voir de M. Bouvier, qui, à l'époque de la lecture de son mémoire, l'avait pratiqué dix-neuf fois, tandis qu'il n'avait employé le premier qu'une fois, et le deuxième quatre fois seulement; en effet, 1° la lésion qu'il laisse

à sa suite est la plus petite possible, parce que c'est le seul procédé qui permette d'employer un instrument aussi ténu, et que la plaie intérieure ne s'étend pas au tissu graisseux placé sous le tendon, comme dans les procédés où l'on agit de dedans en dehors; 2° la direction longitudinale de la piqûre extérieure fait qu'elle tend à se fermer dans l'effort de redressement exercé sur le pied; 3° ce procédé est le plus facile à exécuter, surtout dans les sujets adultes et dont le tendon, fortement détaché, fait décrire aux téguments un repli très-prononcé. Ce n'est guère que dans les enfants très-jeunes qu'il est facile, en raison du peu de saillie que forme le tendon, de le diviser avec un instrument piquant, introduit au-dessous de lui, sans percer la peau du côté opposé.

Nous avons vu Delpech et Stromeyer attendre un temps plus ou moins long avant de chercher à obtenir l'extension du tendon divisé; ils craignaient qu'en écartant de suite ces deux bouts, ils n'empêchassent sa réunion à l'aide d'une substance intermédiaire, de nouvelle formation. Cette crainte n'était nullement fondée, et les annales de la science renferment d'ailleurs un nombre de cas assez considérable où la réunion du tendon d'Achille, par exemple, divisé même avec perte de substance, se fit très-bien malgré l'écartement des deux bouts. Molinelli, en particulier, rapporte une observation remarquable de ce genre, dans les *Mémoires de l'Académie de Bologne*. Aussi M. Bouvier pratique l'extension du tendon aussitôt après l'opération; il conseille seulement de procéder avec ménagement, afin de ne pas exercer de tiraillement douloureux.

Le travail de la nature pour la réparation du tendon suit une marche assez uniforme. Les premiers jours, on sent distinctement les deux bouts écartés l'un de l'autre, et séparés par une dépression qui marque leur intervalle. Cette espèce de vide ne tarde pas à se remplir par le gonflement du tissu cellulaire qui forme la gaîne tendineuse. Bientôt après la tuméfaction diminue, et le toucher fait reconnaître entre les deux bouts une substance de plus en plus consistante, de manière qu'au dixième ou au quinzième jour la continuité du tendon paraît rétablie. Du quinze au vingtième, cette substance offre assez de résistance pour se tendre fortement dans la flexion du pied et pour transmettre l'action des muscles extenseurs. On peut, dès ce moment, faire marcher le malade, si le redressement est assez avancé, en soutenant l'articulation au moyen d'un brodequin convenable. M. Bouvier a étudié sur des chiens le mécanisme de la formation de cette substance intermédiaire : nous renvoyons, à cet effet, à son mémoire sur la section du tendon d'Achille; nous dirons seulement que, suivant lui, cette substance est due à ce que le tissu cellulaire ambiant, d'abord converti en

un canal à parois contiguës, se change peu à peu en un cordon solide et fibreux, qui, sans être exactement de la même nature que le tendon qu'il supplée, s'est montré, dans tous les cas connus, parfaitement apte à en remplir les fonctions.

La section des tendons ne saurait nullement dispenser d'avoir recours aux appareils; en divisant les liens fibreux qui unissent les muscles aux os, on ne combat qu'un des éléments de la maladie, la rétraction musculaire; mais pour ramener peu à peu les os du pied à leur direction et à leurs rapports normaux, il faut employer les machines, dont l'usage doit être continué pendant plus ou moins longtemps: ce n'est que par la sage combinaison de ces deux modes de traitement que le praticien a l'espoir de voir ses efforts pleinement couronnés de succès.

On est frappé de la rapidité avec laquelle s'opère la guérison des pieds-bots, sous l'influence de ces deux moyens curatifs réunis. M. Bouvier rapporte onze observations de pieds-équins où il a pu ramener le pied à l'angle droit, terme moyen, un mois après la section du tendon; ce résultat fut même obtenu au bout de huit jours dans deux cas, et de quinze jours dans un troisième. Chez une femme de cinquante-trois ans, affectée d'un varus du côté gauche depuis l'âge de six ans, le succès fut des plus remarquables : après huit mois de traitement il n'y avait plus la moindre trace de difformité. Enfin dans un autre cas de varus congénial double, chez un jeune homme de dix-sept ans, M. Bouvier voulut apprécier comparativement l'influence de la section du tendon sur la promptitude du redressement, et déterminer en même temps l'époque du traitement où il pouvait être préférable de la pratiquer. Deux appareils semblables furent donc placés aux deux pieds le 14 mars 1837, et la section du tendon fut pratiquée du côté gauche seulement. Après cinq à six mois de traitement, la conformation du pied gauche s'éloignait fort peu de l'état naturel, et celle du pied droit était beaucoup améliorée. Le premier formait un angle droit avec la jambe; le second, un angle de 145°. La flexion du pied droit, alors complétement déroulé, ne faisant presque plus de progrès, M. Bouvier divisa le tendon de ce côté le 5 octobre; l'écartement fut d'environ six lignes, et le pied céda aussitôt en proportion; huit jours après le pied présentait un angle droit dans l'appareil, au bout de trois semaines le malade commença à marcher avec deux bâtons, les deux pieds fixés par les appareils et ne posant que sur les talons. Dans les premiers mois de 1838, la flexion du pied droit dépassait un peu l'angle droit, que le pied gauche atteignait seulement. On voit clairement, dans cette observation, la part de la section du tendon d'Achille dans la cure du varus; elle montre aussi qu'il y a de

l'avantage, quand la déviation est ancienne, à la ramener, par le déroulement du tarse, à l'état de pied-équin, avant de recourir à la section, parce qu'en commençant par celle-ci on court le risque de rencontrer dans la direction de l'avant-pied en dedans, et plus tard dans la résistance de la cicatrice, un obstacle puissant à la flexion complète de l'articulation tibio-astragalienne. Cet inconvénient n'est pas à craindre dans les varus si souples de l'enfance, où l'on obtient de suite un redressement latéral suffisant pour faciliter la flexion directe du pied.

La section des tendons est devenue de nos jours une opération fort commune; depuis les premiers essais de Delpech et de Stromeyer une foule de médecins pratiquent la ténotomie en France et à l'étranger. En parlant des travaux de M. Bouvier, nous ne saurions, sans injustice, passer sous silence M. Duval, qui, parmi les médecins français, mérite d'être cité comme un des premiers qui ont puissamment contribué à populariser cette branche de l'art de guérir. D. B.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'EXOSTOSE.

En comparant les diverses méthodes de traitement actuellement en vigueur à celles suivies par les anciens pour guérir l'exostose, on est frappé de l'état stationnaire dans lequel l'art semble se perpétuer. Aujourd'hui comme au temps où écrivait J. L. Petit, toutes ces méthodes, sanctionnées pour ainsi dire par un culte traditionnel, se résument le plus souvent en opérations sanglantes. Que si on cherche l'explication de ce fait, évidemment en opposition avec la marche progressive de la thérapeutique générale, on la trouvera moins encore dans l'obscurité qui pèse sur la physiologie du système osseux, que dans l'insuffisance des données fournies par l'anatomie pathologique à l'élucidation des causes et de la nature intime de ces maladies. C'est en effet sur ces os atteints d'exostoses anciennes que l'investigation a le plus souvent porté; ce n'est plus l'affection avec ses caractères primitifs qui a été observée, mais bien une transformation et même une dégénérescence complète de tissus. Quelles inductions, je le demande, pouvait tirer la thérapeutique de semblables éléments morbides? En face de produits pathologiques, expression la plus avancée d'une maladie désormais incurable, il ne lui reste qu'à déplorer l'impuissance de ses ressources médicales et à recourir aux armes de la chirurgie.

Est-il possible de prévenir un aussi funeste dénoûment? C'est l'avis de M. Lisfranc qui professe des principes plus consolants pour la science et l'humanité. Attaquée à son début, l'exostose lui paraît devoir céder

aux efforts de l'art; pour lui sa nature est moins incertaine, l'élément inflammatoire la constitue souvent. Ce n'est pas sur un *à priori* purement théorique que cette opinion est fondée : l'anatomie pathologique, la symptomatologie, la thérapeutique, militent d'un commun accord pour son adoption définitive : examinons ces trois ordres de preuves.

M. Lisfranc a présenté à l'Académie royale de médecine des exostoses qui, sciées dans toute leur épaisseur, offrirent une couleur rouge très-prononcée; le tissu osseux était ramolli et gonflé. Ces caractères ne sont-ils pas propres à l'inflammation?

Quant aux preuves empruntées à la séméïologie, elles se résument en traits particuliers à la phlogose, c'est-à-dire tumeur, douleur, chaleur et quelquefois même rougeur apparente des téguments.

Interroge-t-on la thérapeutique, on voit presque toujours ces signes d'inflammation céder à un traitement antiphlogistique : si au contraire on combat une exostose douloureuse par les fondants, les résolutifs, on ne fait le plus souvent qu'accroître son volume et exaspérer la douleur; tandis que ces mêmes moyens, mis en usage lorsque l'exostose a d'abord été traitée avec succès par les saignées locales et les narcotiques, produisent les effets les plus avantageux.

Par une induction simple et logique de ces faits, le chirurgien de la Pitié a été conduit à rejeter, comme une théorie erronée et dangereuse, cette prétendue faiblesse organique qui a servi longtemps à expliquer la formation des tumeurs qui nous occupent; il a divisé les exostoses en celles qui s'accompagnent d'inflammation, et en celles qui n'en offrent aucun des caractères.

Contre les premières, les sangsues appliquées au nombre de quinze, vingt, plus ou moins, suivant la constitution des sujets, non pas sur le centre de la tumeur, mais autour et en dehors de sa base; des fomentations émollientes et laudanisées, un régime approprié, obtiennent les plus heureux résultats. En preuve nous citerons un malade couché en ce moment à la salle Saint-Louis de l'hôpital de la Pitié : il fut soumis pour une exostose douloureuse et enflammée à cette médication débilitante; les dimensions de sa tumeur furent prises lors de son arrivée : aujourd'hui, après quelques semaines de traitement, les symptômes de phlogose ont disparu depuis longtemps, et la mensuration comparative a donné à M. Lisfranc un pouce de diminution à la partie supérieure, un pouce et demi à la partie inférieure. Est-ce à dire que cette médication sera toujours aussi efficace? nous l'avons déjà dit, elle peut échouer; et c'est son impuissance qui justifie la division établie par le chirurgien de la Pitié.

Dans l'application de cette méthode antiphlogistique, il ne faut pas

perdre de vue la nature de la maladie, et surtout le vitalisme très-faible des organes sur lesquels elle siége. On se rappellera que procéder lentement c'est procéder sagement, toutes les fois qu'il sagit de maladies chroniques, et plus spécialement encore dans le cas présent : il faut tenir compte des modifications que la vitalité peu développée du tissu osseux imprime nécessairement au développement et à la marche de la phlegmasie. On ne combat pas une inflammation franche, mais bien une subinflammation occupant un tissu plus ou moins anormal. Ces considérations d'un ordre important éclaireront la marche du praticien ; il saura que la maladie devra être longue, que conséquemment il ne doit pas par une précipitation irréfléchie user ses moyens d'action, sans bénéfice pour le malade, dont la constitution, déjà plus ou moins affaiblie, ne réagirait pas suffisamment contre les effets d'une thérapeutique violente et irrationnelle.

Quand les symptômes de l'inflammation ont cédé, on a recours à la médication fondante et résolutive : ce n'est pas le lendemain du jour où ces symptômes ont disparu que la thérapeutique entrera dans cette nouvelle voie : l'expérience a appris qu'à une époque aussi rapprochée de celle où l'état aigu subsistait, les fondants, toujours plus ou moins irritants, peuvent, par une excitation trop forte, raviver l'élément phlogistique latent au sein du tissu dans lequel il a en quelque sorte pris droit de domicile. Il faut, à l'exemple de M. Lisfranc, laisser s'écouler quelques jours avant d'employer les résolutifs : ainsi on aura permis à l'état chronique de bien s'asseoir, et on pourra retirer le plus grand avantage des frictions faites soir et matin sur la tumeur avec la pommade d'iodure de plomb, de la compression à l'aide de disques d'agaric et de circulaire de bande, et des divers autres fondants ; si l'inflammation se manifeste de nouveau, ce qui arrive souvent et même à plusieurs reprises, on suspend ces moyens, pour revenir au besoin à la première médication.

Il est bien entendu que ce traitement local n'exclut pas le traitement général propre à combattre le vice constitutionnel qui pourrait exister. On comprend dans ce cas la nécessité de modifier l'organisme par une médication interne, sans omettre les moyens médico-chirurgicaux qui constituent alors un auxiliaire puissant et indispensable.

CHIMIE ET PHARMACIE.

RECHERCHES SUR L'HYDROGÈNE ARSÉNIÉ ET OBSERVATIONS SUR L'APPAREIL DE MARSH ET SUR SON EMPLOI ;

(Suite et fin.)

Notre collègue, M. Lassaigne, qui a expérimenté à l'aide de l'appareil de Marsh, propose de le simplifier comme l'avaient indiqué Marsh et Mohr, et de se servir d'un flacon simple surmonté d'un tube effilé de huit à dix pouces de long, et, dans les cas où la liqueur est mousseuse, d'ajouter une couche d'huile d'olive d'un centimètre à un centimètre et demi de hauteur; couche d'huile qui obvie à l'inconvénient que présenterait la formation de la mousse qui retient le gaz. (Voir l'appareil indiqué et celui représenté par la planche 5.)

Figure 5.

La découverte de Marsh a paru ne pas pouvoir être appliquée avec succès aux opérations de toxicologie, par suite de la découverte par Thompson et Marsh d'un gaz formé d'hydrogène et d'antimoine, d'*hydrogène-antimonié*, gaz qui brûle avec une flamme pâle d'un bleu verdâtre, en laissant déposer soit de l'antimoine métallique, soit de l'oxyde d'antimoine; gaz qu'on peut obtenir soit en traitant par l'acide sulfurique étendu un alliage de zinc et d'antimoine fait à parties égales, soit en traitant un mélange de zinc métallique et d'émétique, ou d'un autre sel antimonial quelconque.

Nous ne partageons pas l'opinion émise par quelques auteurs, que la découverte du gaz hydrogène antimonié doit faire rejeter la méthode de Marsh dans les opérations médico-légales; nous disons que c'est aux expérimentateurs à examiner le produit obtenu, soit métal, soit oxyde, pour reconnaître si ce produit est de l'arsenic ou de l'acide arsénieux, ou bien de l'antimoine ou de l'oxyde de ce métal.

Les auteurs qui ont traité du gaz hydrogène antimonié et arsénié ont indiqué des caractères pour les différencier, mais quelques-uns des caractères qui peuvent établir cette différence n'ont pas été indiqués parmi ceux qui ont été donnés dans ces écrits. Nous mettrons ces caractères en regard pour mieux les faire apprécier.

Caractères des produits obtenus de la décomposition du gaz hydrogène arsénié et antimonié.

Caractères différentiels indiqués par Thomson.

HYDROGÈNE ARSÉNIÉ.	HYDROGÈNE ANTIMONIÉ.
L'acide nitrique le dissout, si on fait évaporer à siccité, et qu'on imbibe le dépôt qui reste avec une solution de nitrate d'argent, et qu'on expose le mélange à la vapeur de l'ammoniaque, il se forme un précipité de couleur jaune terne.	Le dépôt obtenu du gaz antimonié, placé dans les mêmes circonstances, donne un précipité blanc.

Caractères différentiels indiqués par Simon.

Le produit métallique est d'une couleur plus foncée.	Le produit métallique est d'un blanc argentin.
Dans les couches métalliques peu épaisses, l'arsenic est d'une couleur brun foncé.	Dans ces mêmes couches, l'antimoine est d'un gris foncé.
Le chlore en dissolution décompose l'hydrogène arsénié; il n'y a pas de précipité, et l'arsenic reste dissous dans le liquide à l'état d'acide arsénieux.	Le chlore liquide décompose l'hydrogène antimonié, et retient d'abord tout l'antimoine en dissolution; mais on voit qu'au bout de quelque temps, il y a formation de flocons blancs, et que la liqueur devient acide.
L'iode, en solution dans l'alcool, décompose l'hydrogène arsénié; au bout d'un certain temps, la liqueur se décolore, il y a formation d'un précipité noir insignifiant, et on retrouve la plus grande quantité de l'arsenic dans la liqueur.	Avec l'hydrogène antimonié, il y a aussi décoloration de la liqueur, mais il y a précipitation du métal sous forme de flocons bruns; il ne reste pas d'antimoine dans la liqueur.
La dissolution de brome ne donne pas lieu à un précipité; tout l'arsenic reste dans la dissolution.	Avec la dissolution de brome et l'hydrogène antimonié, il y a trouble dans la liqueur, dépôt de flocons blancs; il ne reste plus d'antimoine dans la liqueur.
La dissolution de sublimé, en contact avec l'hydrogène arsénié, se trouble; il y a formation d'un précipité jaune, qui passe au brun, puis au noir; tout le mercure est précipité, la dissolution contient de l'acide arsénieux.	L'hydrogène antimonié détermine dans la solution de perchlorure de mercure un précipité blanc qui passe au gris.
La dissolution de nitrate d'argent est décomposée par l'hydrogène arsénié, le précipité est de l'argent pur, tout l'arsenic reste en dissolution.	Avec la dissolution de nitrate d'argent, il y a décomposition; l'antimoine est entraîné avec l'argent, il n'en reste pas dans la liqueur.

Avec la solution de platine, il y a coloration en noir, décomposition et formation d'un précipité, composé de platine et d'arsenic.

Avec l'hydrogène antimonié, il y a précipitation de platine et d'antimoine.

Caractères donnés par Vogel.

Le chlore introduit dans une cloche, contenant du gaz hydrogène arsénié, donne lien à la séparation de l'arsenic métallique.

Le gaz hydrogène arsénié, brûlé dans une cloche, donne un dépôt métallique. Le dépôt métallique fourni par la combustion de l'hydrogène arsénié, traité par l'eau régale et mêlé à l'hydrogène sulfuré, donne un dépôt pulvérulent d'un jaune doré, qui se dissout dans l'alcali volatil.

L'introduction du chlore dans l'hydrogène antimonié ne donne lieu à aucun précipité.

Le gaz hydrogène antimonié, brûlé de la même manière, ne fournit point de métal. Le dépôt fourni par l'hydrogène antimonié fournit par l'eau régale un liquide qui précipite en jaune orangé, précipité qui ne se dissout pas dans une goutte d'ammoniaque ajoutée.

On voit que dans ces caractères il en est qui ne peuvent être employés et qui sont sans valeur; ainsi la couleur des couches métalliques doit varier en raison de l'épaisseur plus ou moins grande des couches d'arsenic ou d'antimoine métallique qu'on examine, et nous avons vu des couches d'arsenic et d'antimoine qu'il eût été impossible de distinguer les unes des autres. Les caractères que nous croyons pouvoir recommander sont : 1° la volatilité de l'arsenic qui permet de le faire changer de place par l'action de la chaleur ; 2° l'odeur alliacée qu'il est facile de saisir quand on opère sur des plaques de porcelaine ainsi que nous le dirons plus bas ; 3° la conversion du métal formant plaques, en sulfure : le sulfure d'arsenic est volatil et diffère de couleur de celui d'antimoine qui est fixe et qui a une couleur grise.

L'appareil de Marsh a déjà été mis en usage en médecine légale, et depuis 1838 nous l'avons employé dans un grand nombre de cas de suspicion d'empoisonnement par l'arsenic. Avec MM. Devergie, West, Ossian Henry, Ollivier d'Angers, en mars 1838, nous avons constaté la présence de l'arsenic dans des débris d'aliments; en 1839, dans du boudin qui avait déterminé des accidents chez diverses personnes qui en avaient mangé.

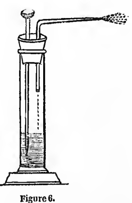
MM. Braconnot et Simonnin de Nancy ont aussi fait usage de l'appareil de Marsh, et, à l'aide de cet appareil, ils ont reconnu que l'eau d'un puits contenait un sel arsenical qui avait échappé à la recherche qui en avait été faite précédemment à l'aide d'autres moyens.

MM. Thinus et Mollier, pharmaciens à Fontainebleau, ont aussi employé cet appareil avec succès dans un cas d'empoisonnement par

l'arsenic, de façon qu'on peut dire que l'appareil de Marsh est maintenant mis en usage par la plupart des personnes qui s'occupent de la recherche des poisons.

Nous avons dit que l'appareil de Marsh avait été employé dans les cas de toxicologie, et pour la recherche des poisons : nous pouvons dire ici que nous avons puissamment contribué à le faire employer. A peine eûmes-nous connaissance de cet appareil, que nous fûmes frappés du parti qu'on pouvait en tirer en toxicologie, convaincu que ceux qui se livrent à la recherche des poisons dans le but d'éclairer la justice et de protéger la société contre la lâcheté de ceux qui commettent de pareils crimes, doivent sans cesse étudier les moyens à mettre en pratique pour réussir dans la recherche des substances toxiques ; convaincu en même temps que les moyens de découvrir les plus petites traces de poisons sont publiés par les journaux, effraient les criminels et rendent le crime moins fréquent, nous étudiâmes l'appareil de Marsh et tous ses emplois.

L'examen approfondi de cet appareil nous porta à reconnaître que sa construction assez difficile, que son usage qui demandait un laps de temps assez considérable, que l'habitude qu'il faudrait acquérir, pourraient empêcher le pharmacien-chimiste de s'en servir : nous cherchâmes quels seraient les moyens de le modifier. Après quelques essais, nous arrivâmes à trouver un appareil simple, facile à monter, facile à employer, et qui doit faire éviter des chances d'erreur. Cet appareil, figure 6, consiste en une éprouvette à pied; sur cette éprouvette on adapte un bouchon percé de deux trous et supportant deux tubes; l'un, muni d'un entonnoir, est destiné à introduire les liquides dans l'appareil ; l'autre, effilé à son extrémité, est destiné à donner issue au gaz hydrogène dégagé. Voici comment on opère : on introduit du zinc en grenaille dans l'éprouvette ; on place le bouchon, puis, par le tube-entonnoir on verse sur le métal de l'acide sulfurique étendu d'eau et préparé dans les proportions de une partie d'acide sulfurique à soixante-six degrés et de sept parties d'eau. Lorsqu'il y a eu dégagement de gaz hydrogène pendant quelques minutes, et que l'appareil ne peut plus contenir de mélange formé d'hydrogène et d'air atmosphérique qui dé-


Figure 6.

tonnerait, on enflamme ce gaz et on reçoit la flamme sur une plaque de porcelaine ; si le zinc est pur, si l'acide ne contient ni arsenic ni antimoine, la plaque de porcelaine ne se tache pas, ce qui aurait lieu si les produits contenaient de ces métaux.

Lorsqu'on s'est bien assuré que l'hydrogène fourni par l'appareil est pur, on introduit par petites portions dans le tube-entonnoir, et de là dans l'appareil, le liquide dans lequel on suppose qu'il existe de l'arsenic ou de l'antimoine ; s'il y a en effet de ces produits dans le liquide, bientôt la flamme change de couleur, et elle laisse déposer sur la plaque de porcelaine qu'on approche de la flamme des taches dues au métal, taches qu'il faut ensuite examiner. On peut recueillir ce métal dans un fragment d'entonnoir. Voir figure 7.

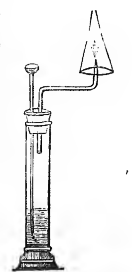


Figure 7.

Nous avons, dans quelques cas, enlevé les couches métalliques formant des taches métalliques sur la plaque, ou sur des plaques quand on veut qu'elles soient bien froides, à l'aide de grès lavé à l'acide hydrochlorique puis à l'eau, et séché et calciné dans un creuset ; le grès chargé de la substance métallique, placé dans un petit tube de verre fermé à l'une de ses extrémités, lorsque nous opérions avec de l'arsenic, nous a fourni, par la calcination, une zone métallique d'arsenic métal ; lorsque nous opérions avec l'antimoine, nous n'avons pas eu cette zone, mais nous avons séparé l'antimoine métallique par un traitement opéré à l'aide des acides (1).

Il faut avoir soin, lorsqu'on opère à l'aide de cet appareil, de ne pas enflammer le gaz avant que tout l'air atmosphérique soit chassé de l'éprouvette ; il nous est arrivé quelquefois, impatient que nous étions de faire des essais, de ne pas laisser dégager tout l'air contenu dans l'éprouvette, et de donner lieu à une détonnation et à la rupture de l'appareil.

---

(1) On peut, en passant un charbon allumé sur la plaque métallique, en frottant de manière à enlever le métal, reconnaître si on opère sur de l'antimoine ou sur de l'arsenic. Si on a de l'antimoine, le charbon allumé ne donne pas d'odeur ; si on a de l'arsenic, on sent l'odeur alliacée.

L'appareil de Marsh peut être modifié de diverses manières, soit qu'on veuille recueillir le gaz sous un entonnoir, soit sous une portion de cornue, ainsi qu'on peut le voir dans les figures 1, 2 et 7.

A l'aide de l'une de ces modifications on brûle le gaz sous un entonnoir, et on obtient et de l'arsenic métal et de l'acide arsénieux.

Le même effet est obtenu en brûlant le gaz sous la partie supérieure provenant d'une cornue; on remarque au devant de la portion de la cornue une couche d'acide arsénieux, et une portion de l'acide arsénieux se dissout dans l'eau formée par la combustion de l'hydrogène, et se rend à la partie inférieure du bec de la cornue.

Nous avons opéré en employant un huitième de grain d'acide arsénieux, et nous avons obtenu : 1° de l'arsenic métallique; 2° de l'acide arsénieux.

L'opinion émise par plusieurs auteurs que l'appareil de Marsh ne pouvait point être employé, puisqu'on obtenait des résultats analogues avec l'arsenic, les composés arsenicaux, et avec les produits contenant de l'antimoine, nous a porté à chercher si, par une nouvelle modification, on n'arriverait pas à séparer l'arsenic et l'antimoine, existassent-ils dans la même liqueur. Des essais multipliés nous ont porté à proposer l'appareil indiqué par la figure 8.

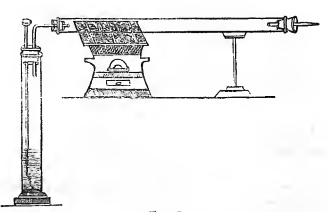


Figure 8.

Cet appareil consiste dans l'appareil éprouvette; mais au lieu de mettre un tube destiné à brûler le gaz, on adapte un tube armé d'un bouchon qui sert à conduire le gaz dans un tube de verre de la longeur de cinquante centimètres. Ce tube, dont l'extrémité qui se rapproche du tube éprouvette est remplie de fragments de porcelaine, est posé sur une

grille sur laquelle on met d'abord quelques charbons allumés pour chauffer la partie du tube qui contient des fragments de porcelaine; lorsque le tube est échauffé, on le recouvre de charbon enflammé; on commence par faire dégager le gaz hydrogène au moment où l'on commence à chauffer le tube, et on ne fait entrer le produit que l'on suppose contenir soit de l'arsenic, soit de l'antimoine, dans l'éprouvette, que lorsque le tube est assez fortement chauffé. Avec cet appareil, si on a de l'hydrogène antimonié, cet hydrogène se décompose, et l'antimoine se dépose sur la partie du tube chauffée et sur les fragments de porcelaine; si l'on agit sur de l'hydrogène arsénié, l'arsenic va se condenser à l'extrémité de la partie du tube qui a été chauffée, et selon que la quantité d'arsenic est plus ou moins considérable, on obtient une zone métallique qui reste fixée au tube, ou qui se détache du tube en fournissant des lames d'arsenic métallique pur.

Si l'on agit tout à la fois sur de l'hydrogène arsénié et antimonié, l'antimoine se dépose à la partie antérieure du tube et sur les tessons de porcelaine; l'arsenic, au contraire, va se volatiliser à quelques millimètres de la partie du tube qui a été chauffée (1).

Si on avait une plus grande quantité de liquide à traiter, on pourrait substituer à l'éprouvette un flacon (voir la figure 9), et si on crai-

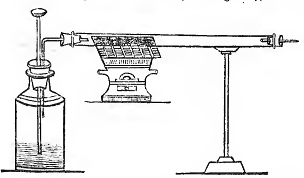


Figure 9.

gnait la mousse, y verser à la surface une couche d'huile d'un centimètre d'épaisseur.

Cette dernière modification de l'appareil de Marsh nous paraît devoir être préférée aux autres par la raison : 1° qu'on peut être sûr qu'on opère sur de l'hydrogène arséniqué et antimonié; 2° qu'on peut séparer

(1) Le tube peut être plus ou moins large dans sa partie interne, selon que les liquides sur lesquels on agit sont en plus ou moins grande quantité, selon qu'ils contiennent plus ou moins d'arsenic.

l'antimoine de l'arsenic, si ces deux produits existaient tout à la fois dans la substance examinée ; 3° qu'on peut prendre le poids de l'arsenic en coupant le tube pour séparer la partie du tube où l'arsenic s'est déposé, en enlevant l'arsenic ou en le dissolvant et en prenant le poids du tube avant et après l'opération ; 4° enfin qu'on évite les détonnations quand on agit avec la prudence convenable.

Déjà, comme l'on sait, on a indiqué l'emploi d'un tube pour décomposer l'hydrogène arséniqué, mais nous croyons qu'il y a avantage de disposer dans ce tube des fragments de porcelaine. Notre opinion en cela est appuyée de l'opinion de Berzélius, qui avait proposé d'ajouter du cuivre (il n'est pas besoin de dire ici que la porcelaine doit être exempte de substances métalliques) : 1° pour que le gaz passe plus lentement et soit entièrement décomposé ; 2° pour opérer la séparation de l'antimoine et de l'arsenic lorsqu'ils se trouvent réunis dans le même liquide.

Quoi qu'il en soit, nous n'attachons pas d'importance aux modifications que nous avons apportées à l'appareil de Marsh ; nous avons cherché seulement à être utile à nos collègues et à les mettre à même d'opérer, et pour la recherche de l'arsenic et pour celle de l'antimoine ; nous désirons avoir atteint le but que nous nous sommes proposé.

A l'aide de l'appareil de Marsh, modifié comme nous l'avons indiqué, nous avons pu reconnaître la présence de l'arsenic dans les arséniates, dans les arsénites, dans de très-petites quantités de poudres qui contiennent des préparations arsenicales : la poudre du frère Come, la poudre de Rousselot, la poudre épilatoire.

Nous avons pu aussi reconnaître la présence de l'antimoine dans une petite quantité de poudre de James, dans du sous-nitrate de bismuth (1).

Nous avons, en outre, fait des recherches pour reconnaître, à l'aide de l'appareil de Marsh, si des accidents causés par du sous-nitrate de bismuth, administré par le docteur M..., devaient être rapportés à la présence de l'arsenic. Dans plusieurs échantillons de ce sel, nous avons trouvé des traces évidentes de ce métal, traces qui ne pouvaient être décelées par les moyens ordinaires. Ce fait nous a rappelé qu'une personne de notre connaissance, M. Ch..., éprouva, après avoir pris de ce sel en très-petite quantité, tous les symptômes d'un empoisonnement ;

(1) La quantité d'antimoine existant dans du sous-nitrate de bismuth examiné était considérable. La présence de l'antimoine dans le sous-nitrate de bismuth est sans doute due à ce que ce sel est préparé avec du bismuth contenant de l'antimoine.

mais nos recherches par les moyens ordinaires ne nous ayant pas fait reconnaître la présence de l'arsenic, nous attribuâmes ces accidents à un état particulier de la malade.

Nous avons, en outre, fait quelques essais sur les sulfures d'arsenic jaune et rouge, sur l'arsenic natif, sur le cobalt arsenical ; voici ce que nous avons observé :

Le sulfure jaune d'arsenic, préparé artificiellement, et par la solution d'acide arsénieux, et par l'hydrogène sulfuré, n'a rien donné par l'appareil de Marsh.

Le sulfure jaune natif, *l'orpin*, a donné seulement des traces d'arsenic au commencement de l'opération; mais le dépôt d'arsenic a bientôt cessé.

Le sulfure d'arsenic rouge artificiel n'a fourni aucune trace d'arsenic mis dans le même appareil. Ces sulfures avaient été bien lavés.

Le réalgar natif, *le sulfure rouge naturel*, a fourni, placé dans l'appareil de Marsh, des traces seulement d'arsenic.

L'arsenic natif a donné, avec l'appareil de Marsh, des croûtes arsenicales pendant toute l'opération.

Le cobalt arsenical, réduit en poudre, introduit dans l'appareil de Marsh, n'a fourni aucune trace d'arsenic.

Tous les produits dont nous venons de parler avaient été réduits en poudre avant d'être placés dans l'appareil de Marsh, l'appareil fournissant alors de l'hydrogène pur.

Nous avons pensé que les traces d'arsenic fournies par le sulfure jaune natif, par le sulfure rouge, venaient peut-être de ce que ces sulfures contenaient des traces d'acides arsénieux qui avaient été décomposés ; nous avons réduit de ces sulfures en poudre et nous les avons traités par l'eau.

Le produit provenant du traitement du sulfure jaune natif, l'orpin, a fourni, par l'acide hydrosulfurique, un précipité très-sensible de sulfure d'arsenic.

Le produit obtenu du sulfure rouge natif a donné aussi un précipité, mais bien moins sensible.

Il résulte de ces essais que les sulfures naturels contiennent une petite quantité d'acide arsénieux.

L'appareil de Marsh peut, dans quelques cas, servir pour reconnaître la présence de l'arsenic dans les minéraux ; ainsi, un minéral composé de soufre, d'arsenic, de bismuth et de cobalt, réduit en poudre et traité dans cet appareil, a fourni des plaques arsenicales nombreuses.

Notre collègue, M. Guibourt, n'a pas obtenu le même résultat en

introduisant des pyrites arsenicales réduites en poudre dans l'appareil de Marsh et le faisant fonctionner.

On voit donc qu'il y a encore à s'occuper de cet appareil, et qu'il est nécessaire d'étudier son emploi pour reconnaître tous les cas dans lesquels il peut être mis en usage. A. Chevallier.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR OBTENIR LE SOUS-HYDRO-SULFATE D'ANTIMOINE (KERMÈS MINÉRAL) BEAU ET EN BONNE QUANTITÉ ;

par M. Thierry.

Depuis Glauber, qui le premier a fait du kermès, bien des procédés ont été indiqués pour obtenir cette substance. Cluzel trouva le moyen de l'avoir d'une belle qualité, mais ce moyen exige l'emploi d'une masse d'eau considérable et ne donne qu'un faible produit. Piderit sentit ce vice, il chercha une méthode nouvelle, mais son kermès est rouge et de couleur fauve. Le mode de préparation indiqué par Berzélius est d'un résultat plus avantageux ; il n'amène cependant pas encore à obtenir un beau kermès. D'autres se sont succédé qui tous ont présenté des moyens divers sans parvenir à de plus heureux résultats. J'ai pu m'en convaincre moi-même en répétant chacun de ces procédés. Enfin depuis quatre ans au moins, j'emploie un moyen mixte qui atteint ce double but de donner un produit très-abondant et d'une qualité presqu'égale au kermès de Cluzel.

Voici ce procédé tel que je le pratique :

Prenez :	Sulfure d'antimoine pulvérisé,	3 k.
	Carbonate de soude desséché pulvérisé.	1 k.

Mêlez exactement ces deux substances et mettez le mélange dans un bon creuset de Hesse ; placez le creuset dans un fourneau à réverbère ; chauffez-le lentement et graduellement ; ajoutez à ce fourneau son laboratoire et son dôme. Continuez de chauffer jusqu'à ce que la matière soit bien fondue. Alors tirez le creuset hors du feu et coulez ce sulfure sur une plaque de tôle, ou bien laissez refroidir dans le creuset. Lorsque le sulfure est froid, pulvérisez-le et le portez dans une bassine de tôle de la capacité de soixante à soixante-dix litres d'eau bouillante et dans laquelle vous avez fait dissoudre préalablement cinq cents grammes de carbonate de soude cristallisé. Continuez l'ébullition pendant deux heures, ayant soin d'ajouter de l'eau chaude pour remplacer celle qui se perd pendant cette longue ébullition. Ce temps écoulé, tirez entièrement le feu

de dessous la bassine; couvrez-la et laissez reposer jusqu'à ce que la liqueur soit devenue transparente. A cet état, décantez le liquide dans des terrines échauffées au moyen de l'eau bouillante qu'on y a passée. Couvrez ces vases et laissez reposer du soir au matin. Décantez la liqueur qui surnage au-dessus du kermès, et versez ce dernier sur un papier supporté par une toile; lavez-le à l'eau froide à plusieurs reprises et faites sécher lentement à l'abri de la lumière; réunissez les liqueurs, celles que vous avez décantées à la surface du kermès et celles du lavage; mettez-les dans la bassine sur le dépôt resté, et ajoutez de l'eau, si cela est nécessaire, pour qu'il y ait autant de liquide que dans l'opération précédente; ajoutez alors cinq cents grammes de carbonate de soude; faites bouillir de nouveau pendant deux heures, et procédez en tout comme il a été dit plus haut. Répétez cette opération huit à dix fois en ajoutant chaque fois la même quantité de carbonate de soude, et ne cessez que lorsque les liqueurs ne fourniront plus de kermès.

Deux conditions sont bien essentielles pour obtenir un beau et bon produit. La première est de veiller à ce qu'il y ait toujours le plus d'eau possible. La seconde, qui n'est pas moins importante, consiste à tenir bien chauds les vases dans lesquels se dépose le kermès; plus il sera lent à se déposer, plus il sera fin et divisé, et plus la couleur en sera belle.

En suivant exactement ce procédé, on obtient des doses portées à la formule un produit de mille huit cents à deux mille grammes de sous-hydro-sulfate d'antimoine d'une belle couleur brune violacée, à reflet velouté. THIERRY.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

PARALYSIE DU MOUVEMENT D'UN DES COTÉS DE LA FACE. TRAITEMENT PAR LA GALVANO-PUNCTURE. PROMPTE GUÉRISON.

Dès l'antiquité, l'on a décrit la paralysie de la face, et sans citer Rhazès, Aëtius et Arétée, ni tous les auteurs dont on trouve l'énumération dans la thèse de M. Montault (Paris 1831), il suffit de rappeler le tableau fidèle que trace de cette maladie Petrus-Forestus. Mais l'ignorance où l'on était des fonctions du système nerveux faisait confondre entre elles les différentes formes de cette paralysie, et ne permettait pas d'assigner à chacune son point de départ. Le tic douloureux lui-même ou la convulsion faciale avec névralgie n'en était pas toujours net-

tement distingué. Mais dans ces dernières années, les expériences physiologiques de Bellingéri, de Charles Bell, de Magendie, Mayo, etc. en déterminant les attributions différentes de la cinquième et de la septième paires, ont fourni des explications nouvelles. La question s'est encore éclaircie par les recherches cliniques de MM. Descot, Pichonnière, Montault, Bottu-Desmortiers et Castara. Il résulte de tous ces travaux qu'aujourd'hui l'on peut distinguer, 1° la paralysie apoplectique ou toute autre dont la cause réside dans l'encéphale même, de celle qui affecte la continuité des nerfs de la face, 2° la paralysie de la cinquième paire de celle de la septième, 3° que cette dernière peut dépendre d'une cause organique qui affecte le tronc du nerf ou porter sur sa périphérie. C'est à ce dernier chef qu'appartient la paralysie rhumatismale de la face qui fait le sujet de cette observation. Indiquée par J. Franck et après lui par Sauvages, Friedreich et Kluyskens, elle fait le sujet principal de la thèse inaugurale de M. Montault, qui l'a décrite sur lui-même : c'est au même titre que se recommande l'observation que je présente. En raison des erreurs de pratique auxquelles a donné lieu cette forme de paralysie, je crois utile de rappeler sur elle l'attention des médecins ; car en la confondant avec l'apoplexie, on porte un pronostic grave dans une affection qui cependant est assez bénigne, on fait une thérapeutique irrationnelle, nuisible même, en insistant sur les émissions sanguines là où les excitants locaux et la chaleur sont seuls indiqués. Parlerai-je de cette autre erreur, qui a fait conseiller et pratiquer même la section du nerf facial opposé pour rétablir la symétrie des traits, ce qui ne fait que doubler le mal, ou diviser les nerfs sous-orbitaire et mentonnier, ce qui ajouterait à la paralysie du mouvement celle du sentiment ?

Pendant les deux derniers mois de 1835, je fus affecté d'une ophthalmie assez légère, bornée à la caroncule et aux parties voisines du grand angle de l'œil gauche. Au bout de ces deux mois, dans les derniers jours de décembre, je commençai à ressentir dans le côté gauche de la face une légère raideur, sans aucune douleur du reste. J'habitais alors à l'hôpital Saint-Louis un rez-de-chaussée humide, donnant sur un jardin ; le temps était depuis longtemps froid et très-brumeux ; je ne souffrais d'ailleurs d'aucune douleur rhumatismale, point de céphalalgie ni d'étourdissements. Le 31 décembre, en me voyant dans une glace, je reconnus, à ma grande surprise, que j'avais la moitié gauche de la face presque entièrement paralysée ; tout ce côté était affaissé, plat, et offrait l'expression d'une gravité morne ; le sourcil restait abaissé et immobile, ce qui devenait plus sensible quand j'élevais celui du côté opposé ; sur toute la moitié gauche du front, la peau ne pré-

sentait aucune ride, ce qui contrastait avec les plis marqués, qui sillonnaient la moitié droite du front, quand j'élevais le sourcil droit; ces plis s'arrêtaient exactement à la ligne médiane; les yeux étaient ouverts tous deux également; les plis rayonnés qui se rendent de l'angle externe de l'œil à la tempe étaient effacés. L'aile gauche du nez affaissée se dilatait à peine et seulement dans les grandes expirations.

La commissure gauche était un peu abaissée, et dans le rire elle restait immobile, tandis que l'autre se relevait en crochet, ce qui donnait alors à l'ouverture de la bouche la forme d'une S couchée; les lèvres ne se touchaient pas, et laissaient les dents à découvert, surtout du côté gauche; ainsi la bouche présentait une ouverture de la forme d'un triangle très-allongé, couché horizontalement, et dont la pointe aboutissait à la commissure du côté sain; la base étroite répondait à la commissure paralysée. J'essayai de tirer des sons d'une flûte; je fis à peine sortir une ou deux notes graves; mais il m'était impossible de tirer aucun son dans le médium ni dans l'aigu, je sentais mes lèvres molles et relâchées; si j'essayais de chasser avec force quelques bouffées d'air, le côté paralysé se soulevait en ampoule; je ne pouvais arrondir la bouche pour prononcer la lettre O, et je n'articulais qu'avec effort et sans netteté les consonnes labiales; du reste les linguales et les dentales étaient nettement prononcées, la langue était libre et sans déviation, la luette non dévié. Ce jour même je m'aperçus qu'une partie du bol alimentaire échappait à la mastication, en s'engageant dans le sillon qui sépare la joue des gencives, et j'étais obligé soit de mâcher du côté droit seulement, ce qui me parut difficile, soit de passer à chaque instant la main sur la joue paralysée en appuyant de bas en haut pour remonter au niveau des dents les portions d'aliments arrêtées dans le sillon; du reste la salive ne s'échappait pas involontairement de ma bouche; la sensibilité de la peau, le goût, l'ouïe, l'odorat, la vue, étaient intacts, les mouvements de la mâchoire inférieure tout-à-fait libres: c'était une simple paralysie des mouvements du côté gauche de la face. Le soir en me couchant je m'aperçus que je ne pouvais pas fermer complètement l'œil gauche, et je fus obligé plusieurs nuits de suite d'abaisser la paupière avec le doigt avant de m'endormir, encore ce n'était pas assez pour empêcher la lumière d'une veilleuse d'inquiéter mon sommeil; j'étais obligé de tenir l'œil couvert. Je conclus de ce fait que l'occlusion de l'œil, dans le sommeil même, n'est pas un état tout-à-fait passif, et ne résulte pas seulement du relâchement du muscle releveur de la paupière supérieure, puisque celui-ci étant paralysé, l'œil reste incomplètement recouvert.

Tels sont les symptômes qu'un examen suivi me fit observer sur

moi-même. Du reste quand la face était sans mouvement, la maladie était moins sensible ; seulement la physionomie présentait quelque chose d'étrange qu'on ne pouvait s'expliquer au premier abord. Je n'ai ressenti dans la région parotidienne ni douleur ni gonflement, comme on l'a vu dans des cas analogues. Après avoir pendant quelques jours employé sans succès un liniment narcotique camphré, pris quelques purgatifs et des pédiluves irritants, je recourus à l'électro-puncture, encouragé d'ailleurs par plusieurs exemples de succès, que me rapporta M. Biett. Pendant douze jours, je fis usage d'une pile à colonne dont les disques ont un pouce et demi de diamètre ; on l'aiguisait en humectant les rondelles de drap d'une solution de sel ammoniac. Les deux premiers jours, on se contenta d'appliquer sur la joue deux disques de zinc humectés de la solution ; deux excitateurs à boule de cuivre, attachés chacun à l'un des fils conducteurs de la pile, étaient mis en contact avec ces disques humides ; il en résulta quelques contractions de l'occipito-frontal, des zygomatiques, et des orbiculaires, mais assez faibles ; j'éprouvais surtout un sentiment de brûlure diffuse sur toute cette moitié du visage. Le quatrième jour et les suivants, on enfonça des aiguilles de deux ou trois pouces dans la glande parotide, au-dessus du sourcil, sur la joue ou le côté du menton ; leur introduction ne causait qu'une bien faible douleur en comparaison de celle que produisaient les secousses électriques. Dès le contact des excitateurs et des aiguilles, j'eus de vifs scintillements dans les yeux, de violentes convulsions dans tous les muscles du côté gauche de la face et surtout dans les zygomatiques, qui tiraient en haut et en arrière la commissure par saccades vives et douloureuses. On eût dit que chaque muscle était pincé entre des doigts qui le tiraient par secousses. Du reste l'électro-puncture ne me donnait plus cette sensation de brûlure que m'avait fait éprouver l'application des disques sur la peau, mais l'influence sur la contraction musculaire était bien plus vive. On répéta la galvano-puncture deux fois par jour, pendant un quart d'heure ; je ne pouvais l'endurer plus longtemps, et je ne supportais pas plus de huit couples. Peu à peu, et sans le concours d'aucun autre moyen, la paralysie se dissipa, ce que je reconnus aux signes suivants : les plis reparurent graduellement au front ; bornés d'abord à sa moitié droite, ils dépassèrent peu à peu la ligne médiane et gagnèrent chaque jour plus avant du côté gauche ; l'aile du nez, la commissure gauche se relevèrent, la base du triangle allongé, que formait l'écartement des lèvres, se rétrécit petit à petit et les dents se recouvrirent successivement en procédant de droite à gauche. Enfin le sillon naso-labial, et les plis qui rayonnent de l'angle externe de l'œil dans le clignement,

24.

se dessinèrent par degrés sur cette peau naguère tout unie. Je suivais pied à pied les progrès de la guérison en essayant chaque jour l'embouchure de la flûte ; d'abord les notes graves devinrent plus nettes, puis je recouvrai les sons du médium, mais les notes aigues, qui exigent une tension plus ferme des lèvres et un rapprochement plus serré, reparurent les dernières : du reste aucun malaise, pas de fièvre, appétit et digestions régulières pendant tout le cours de cette paralysie, qui ne dura pas plus de trois semaines. Quant à l'ophthalmie, dans le cours de laquelle la paralysie s'était développée, elle ne fut tout-à-fait guérie qu'un mois après celle-ci. Comme cette ophthalmie avait précédé de loin l'hémiplégie faciale et qu'elle persista longtemps après cette paralysie, je doute qu'elle ait influé sur son développement. J'incline donc à rapporter, comme J. Franck et M. Montault, cette paralysie de la face à l'impression du froid humide, et ce qui me confirme dans cette opinion, c'est qu'étant sorti un matin par un épais brouillard, pour faire observer à M. Biett les progrès du traitement, je me trouvai au retour la face plus immobile et plus affaissée que je ne l'avais en partant.

Par l'appréciation des symptômes, il est facile, dans cette observation, de déterminer l'ordre des nerfs affecté. La liberté complète des mouvements de rotation de l'œil en tous sens, la possibilité d'élever la paupière, excluent déjà de la maladie la troisième, la quatrième et la sixième paire. La cornée, la peau, la muqueuse buccale conservaient leur sensibilité, la mâchoire inférieure ses mouvements : donc la portion ganglionaire et les racines motrices de la cinquième paire n'étaient point compromises. On ne peut d'ailleurs placer rationnellement la cause de la maladie dans l'encéphale, la faire dépendre d'une congestion ou d'une hémorrhagie cérébrale, puisqu'elle n'a causé aucun trouble intellectuel, qu'aucune faiblesse ne s'est fait sentir dans le bras et dans la jambe du même côté, et que son invasion a été graduelle et presque insensible. C'était donc une paralysie du nerf facial. Enfin, je crois devoir faire remarquer en terminant, que l'excitation galvanique portée sur la glande parotide par les aiguilles qui la traversaient n'influait en rien sur la sécrétion salivaire, et que celle-ci n'était pas augmentée pendant la galvano-puncture. Piet fils, D. M. P.

CAS DE GUÉRISON D'ÉPILEPSIE SATURNINE.

Philibert Lachaux, âgé de quarante ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, ouvrier dans une fabrique de céruse depuis trois ans, a été atteint deux fois dans cet espace de temps de colique saturnine, traité à

l'hôpital de Grenoble et guéri promptement. En mars 1838, céphalalgie violente, vertiges, sensation d'une chaleur douloureuse qui parcourt les membres supérieurs. Ces symptômes durent quelques jours et sont suivis de paralysie incomplète des muscles extenseurs des poignets et des doigts. Le malade entre à l'hôpital le 23 mars dans la division des fiévreux.

Le même jour et pour la première fois il a trois attaques de convulsions épileptiformes dans les vingt-quatre heures. Pendant les accès il s'est mordu la langue, et le bord droit est coupé dans toute son épaisseur sur une longueur de quatre lignes (diète, éther, valériane).

24, stupeur, face grippée, regard égaré exprimant la terreur, ventre dur, rétracté, indolent, constipation (diète, saignée au bras, lavement émétisé); nouvelles convulsions dans la journée; dans les intervalles, coma ou stupeur, insensibilité extérieure.

25, même état que la veille: convulsions épileptiformes, à cinq reprises (eau de Sedlitz émétisée).

26, plus d'attaques d'épilepsie (3 onces huile de ricin). Les jours suivants amélioration progressive et soutenue.

1er avril, intelligence encore obtuse; assoupissement presque continuel; poignets demi-fléchis et roides; langue considérablement tuméfiée; bouche exhalant une forte odeur gangréneuse.

Les boissons émollientes, les gargarismes légèrement chlorurés, les bains tièdes, un régime alimentaire proportionné aux besoins du malade ont facilité le retour assez prompt de la santé et des forces, et Lachaux a pu sortir, le 30 avril, guéri, en état de reprendre son travail. Il est encore en pleine santé aujourd'hui 20 mars 1839.

Je rapporte cette guérison comme un fait rare, et non comme le résultat du traitement, car l'art a été impuissant jusqu'à ce jour contre l'épilepsie saturnine. Mais dans ce cas y a-t-il eu hypertrophie du cerveau comme dans le cas de mort, et puis retour au volume normal; ou bien y a-t-il eu épilepsie sans hypertrophie? CHARVET,

médecin de l'hôpital de Grenoble.

SUR LA PONCTION DE LA CORNÉE DANS LES CAS D'ONYX ET D'HYPOPYON.

Dans une note *sur la ponction de la cornée dans les cas d'onyx et d'hypopyon* (Bul. ther., tome XV, page 172), j'ai rapporté l'observation d'une malade chez laquelle un épanchement interlamellaire, occupant la cornée de l'œil gauche, disparut à la suite d'une ponction faite à l'aide d'une aiguille à cataracte.

Rapprochant ce cas d'autres faits qui s'étaient passés sous mes yeux, soit à l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant mon internat, soit à la clinique de M. Sichel, j'avais établi d'après lui le précepte suivant : dans les cas d'onyx et d'hypopyon, ponctionner la cornée pour donner issue à une certaine quantité d'humeur aqueuse dans le but d'accélérer la résorption du liquide épanché.

J'avais eu soin d'insister sur ce point, que ce n'est pas dans le but d'agir directement sur l'épanchement, d'évacuer l'hypopyon ou l'infiltration interlamellaire, mais seulement de favoriser leur résorption, que M. Sichel ponctionne la cornée. J'ajouterai même aujourd'hui comme complément de ce que je disais alors, que ce chirurgien préfère l'emploi du couteau lancéolaire de Jœger, qui ouvre à l'humeur aqueuse une issue beaucoup plus étendue, à la simple aiguille à cataracte, dont la piqûre serait fort souvent insuffisante pour évacuer ce liquide. Si dans l'observation que j'ai relatée on se servit de cette dernière, ce n'était qu'exceptionnellement.

J'ajoutais dans la note dont il est ici question, que ce serait souvent peine perdue que de vouloir donner issue au liquide purulent par une ponction, à moins d'étendre tellement l'incision ou d'exercer de telles et de si longues manœuvres de traction, que le remède, dans ces cas, deviendrait souvent pire que le mal.

J'avais préalablement eu soin de parler de Wardrop et des chirurgiens anglais, en sorte que, d'une part, je rapportais l'origine de la méthode à son inventeur, et que, de l'autre, j'indiquais les applications nouvelles qui venaient d'en être faites.

Or, il s'est trouvé que M. Carron du Villards a conclu des faits exposés dans mon article que je voulais établir : 1° que M. Sichel était l'inventeur de la ponction de la cornée pour évacuer l'humeur aqueuse, 2° que l'évacuation de l'hypopyon purulent et de l'onyx était une opération nouvelle (Bul. thér., tome XVI, page 165).

Je suis fâché que cet ophthalmologiste distingué ait si mal compris ce que je voulais dire. Je le répéterai donc puisque cela est nécessaire : je n'ai parlé que de la ponction de la cornée dans le but d'accélérer la résorption du liquide épanché; et nullement dans celui d'agir directement sur lui, comme on le fait pour l'empyème, par exemple.

J'engage donc M. Carron du Villards à relire ma note avec quelque attention ; il y verra, je crois, que j'étais fondé à dire que M. Sichel avait donné une plus grande extension au précepte de ponctionner la cornée, en appliquant cette opération aux cas d'onyx et d'hypopyon.

Cela n'empêche point, au reste, que cet ophthalmologiste n'apporte toujours une grande restriction dans l'emploi d'un moyen qu'il réserve

toujours pour les cas extrêmes, dans lesquels les médications antiphlogistiques révulsives n'ont amené aucun soulagement.

Cette lettre n'ayant d'autre but qu'une simple rectification, j'en resterai là pour aujourd'hui, me réservant de reprendre ce sujet un peu plus longuement et sous une autre forme, car il est loin, si je ne me trompe, d'avoir été suffisamment éclairé. BOUCHACOURT.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRE SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE, et sur le traitement qui lui est applicable; mémoire honoré d'une médaille d'or par la société médicale de Toulouse, par J.-B. de Larroque, médecin de l'hôpital Necker, etc.

Pendant que M. le professeur Bouillaud préconise dans ses livres et dans ses leçons quotidiennes la méthode des émissions sanguines à haute dose pour combattre la fièvre typhoïde, et cite des faits nombreux pour démontrer la supériorité de sa méthode, voici venir un habile praticien, M. de Larroque, qui, adoptant les idées de Stoll, Sydenham, Pringle, etc., cherche à établir en se fondant sur un grand nombre de faits que la seule thérapeutique rationnelle à opposer aux fièvres graves, quelle que soit d'ailleurs la forme qu'elles affectent, consiste dans la médecine évacuante, employée suivant des règles fort simples, qu'il cherche à déterminer.

Remercions ces deux médecins d'avoir posé la question dans des termes si précis, cela en hâtera la solution. Pour moi, je n'ai ici à examiner que la solution que M. de Larroque a essayé de donner à l'un de ces problèmes; je me hâte d'arriver à cet examen.

C'est depuis un certain nombre d'années déjà que l'auteur expérimente la méthode évacuante dans la fièvre typhoïde; il est loin de donner cette méthode comme sienne; il sait que depuis Hippocrate jusqu'à M. Broussais, c'est celle qui a été le plus universellement et le plus constamment appliquée; il n'a d'autre prétention que de réhabiliter cette méthode dont la vérité lui a été démontrée par une observation attentive : bien que dans l'ouvrage qu'il publie aujourd'hui, il ne rapporte qu'un très-petit nombre de faits saillants, il en a par devers lui une masse considérable d'autres qu'il publiera plus tard en leur donnant tous les développements que leur intérêt comporte. On le voit, le livre dont il s'agit n'est en quelque sorte que le spécimen d'un ouvrage beaucoup plus important que l'auteur nous promet sur le même sujet.

Aujourd'hui il se borne à faire connaître aux praticiens la manière dont il comprend la génération du phénomène pathologique qu'on observe dans la fièvre typhoïde, le lien qui rattache ces phénomènes à la cause qui les détermine; puis il expose les bases générales de la thérapeutique qui se déduit de cette étiologie, et dont tous les jours l'observation clinique vient, suivant lui, confirmer la vérité. Je vais successivement et en peu de mots exposer les idées que M. de Larroque exprime sur chacun de ces points. Pour lui, la fièvre typhoïde ne diffère point, quant à sa nature, de la fièvre bilieuse simple; telle est même cette identité qu'à son début, et hors le cas de complication, la fièvre typhoïde revêt constamment la forme de cette dernière, et ne saurait en revêtir d'autres : la bile, les produits de sécrétion anormale de la muqueuse gastrique accumulés dans les voies supérieures, sont le principe des accidents uniformes qui signalent cette période de la maladie; la fièvre simple qui les accompagne n'est qu'une réaction vitale de la nature médicatrice. Telle est, suivant l'auteur, la réalité de cette étiologie, que si l'on oppose à ces symptômes du début des moyens appropriés, savoir les évacuants émétiques, on les supprime, et l'on prévient par là les symptômes beaucoup plus graves qui constituent la seconde période du mal, ou l'état typhoïde à proprement parler. Ces derniers ne sont, en effet, que la généralisation successive et variable, suivant les conditions idiosyncrasiques, du principe morbide dont nous avons, au début du mal, constaté la présence dans les voies gastriques, et qui, n'ayant point été expulsé au dehors, a été exercer au loin son influence délétère par l'intermédiaire de la circulation générale : lorsque l'état typhoïde aboutit aux formes morbides si graves désignées sous le nom d'ataxie et d'adynamie, c'est encore là une simple manifestation de l'infection de l'organisme par les produits altérés des sécrétions biliaire et gastro-intestinale; quant aux lésions si fréquentes qu'on rencontre à la fin de l'iléon, ces lésions ne sont autre chose que le résultat direct de l'action irritante des humeurs altérées sur la portion de muqueuse en contact immédiat avec elles. Ainsi pour M. de Larroque, la théorie de la fièvre typhoïde est bien simple; la source unique des symptômes locaux comme des symptômes généraux, par lesquels se traduisent les diverses formes de cette fièvre, ce sont les produits des sécrétions anormales amassées dans le tube digestif; tout procède de là : une théorie si simple devait conduire à une thérapeutique peu compliquée, il ne saurait guère y avoir ici qu'une indication à remplir, celle d'expulser la cause heureusement mobile, d'où émanent de si graves et de si nombreux accidents. Les vomitifs et les purgatifs constituent en effet les moyens fondamentaux de la thérapeutique des fièvres

graves ainsi conçues. Au début de la maladie, l'auteur a presque constamment recours à un vomitif qu'il répète d'ailleurs, s'il n'obtient du premier un effet suffisant. La maladie peut être plus ou moins rapidement arrêtée par là, c'est une autre manière de juguler le mal : si cet heureux résultat n'a point été obtenu, ou que les symptômes typhoïdes soient déjà prononcés, l'auteur a recours aux purgatifs, mais lorsque les choses en sont venues à ce point, il ne faut point se borner à quelques verres d'eau de Sedlitz; il faut insister sur cette médication jusqu'à la disparition complète des symptômes; telle est l'indication, telle est la formule donnée par l'expérience.

Par ses nombreuses et consciencieuses expériences sur l'influence des évacuants dans les fièvres continues, M. de Larroque paraît s'être proposé deux résultats : le premier est un résultat tout négatif et cependant du plus haut intérêt, c'est de démontrer que la fièvre typhoïde n'est point ce qu'on la dit être, une inflammation gastro-intestinale ou simplement intestinale avec réaction variable sur divers appareils organiques. M. de Larroque n'est point le premier qui ait combattu cette étroite étiologie, mais ses travaux hardis, persévérants, développés sur une large échelle, me paraissent la plus sérieuse objection que l'on ait faite à la théorie anatomico-physiologique des fièvres. Mais ce n'est là qu'un simple travail de critique, et M. de Larroque vise plus haut, il veut formuler une nouvelle théorie de la fièvre typhoïde et instituer pour cette affection une thérapeutique en harmonie avec cette nouvelle étiologie. A-t il atteint ce second but dont l'importance prime beaucoup celle du premier? peut-être pas tout à fait complétement encore pour tout le monde; cependant ses consciencieux et beaux travaux, basés sur deux cents cas auxquels il a appliqué sa méthode, et si souvent avec succès, ont ramené à ses idées quelques médecins d'hôpitaux qui leur avaient été d'abord complétement réfractaires.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Résection d'une nécrose du fémur un an après l'amputation. — Il n'est pas rare de voir, à la suite des amputations, lorsque le moignon est entièrement cicatrisé, et que le malade peut être considéré comme guéri, des phénomènes inflammatoires se développer, du pus se former sans qu'on puisse de prime abord en reconnaître facilement la cause. Le plus souvent le point de départ des accidents est dans

l'os, soit que la maladie pour laquelle l'amputation a été faite l'ait primitivement atteint, ce qui arrive pour le cancer, le tubercule, la nécrose, etc.; soit que cette lésion n'y ait apparu que consécutivement à l'opération. C'est dans ces cas qu'on a attribué une grande influence au procédé opératoire; les uns pensant que l'action de la scie sur l'os non dépouillé de son périoste pouvait déchirer et décoller ce dernier plus haut, les autres que la dénudation faite par le chirurgien avant la section de l'os avait amené ce résultat; d'où les deux préceptes opposés, de dénuder avec soin les os avant de les scier, ou de laisser le périoste intact avant de faire agir la scie.

Quoi qu'il en soit de cette discussion, il est dans ces cas une cause de maladie pour l'os qui n'a peut-être pas été suffisamment appréciée, nous voulons parler de la contusion, du désordre produit par l'accident lui-même, lorsque c'est une lésion traumatique qui réclame l'amputation. Le plus ordinairement dans ces cas le désordre ne se borne pas au point sur lequel a agi la cause contondante, mais il remonte plus loin: tantôt c'est un décollement simple du périoste avec épanchement sanguin sous-jacent, tantôt une fracture longitudinale, sans parler des lésions de la substance médullaire, qui n'ont pas été suffisamment étudiées.

Comme la marche de l'affection qui se développe alors (carie ou nécrose) est excessivement lente, la plaie de l'amputation se cicatrise sans accident, et ce n'est que plus tard que de nouveaux désordres apparaissent. Cela pourrait peut-être conduire à adopter le précepte d'amputer, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus haut dans les cas de lésions traumatiques des membres que dans les affections chroniques des articulations ou de la continuité des os.

Dès l'instant que ces symptômes secondaires se développent, il faut immédiatement donner issue au pus, et immédiatement aussi rechercher la cause de la collection purulente; c'est assez dire que l'introduction d'un stylet mousse ne doit pas être négligée. On apprécie de la sorte l'état de l'os, on reconnaît s'il est ou non dénudé, si quelque portion de son étendue desséchée et morte commence à se détacher, ou à être mobile, etc.

La conduite à tenir alors ne saurait être indiquée à priori, d'autant moins qu'on a observé déjà un certain nombre de cas dans lesquels des portions osseuses, même assez étendues, qu'on avait jugées définitivement privées de vie, ont pu se revivifier. Plusieurs exemples de ce genre ont été, dans ces derniers temps, observés à la clinique de M. Velpeau; il ne faudra donc pas se presser de passer condamnation, mais plutôt rechercher avec soin l'étendue de la dénudation en lon-

gueur et en largeur, l'état des surfaces, leur couleur, etc.; une incision exploratrice même ne saurait être de trop, mais, je le répète, on ne peut établir par avance la conduite à tenir, elle varie suivant les cas.

Tout récemment dans le service de M. Velpeau une exemple s'est présenté dans lequel ces préceptes ont été d'abord mis en pratique, mais comme la lésion de l'os était ancienne et très-étendue, on ne s'est par borné à l'expectation, on a fait la résection du moignon osseux; voici le fait :

Un sellier, âgé de soixante ans, fut renversé, le 12 mars 1838, par un omnibus qui lui fracassa la jambe droite jusqu'à la partie moyenne du genou. L'amputation de la cuisse fut pratiquée le lendemain par M. Velpeau, au lieu dit d'élection. La plaie résultant de l'opération ne présenta rien de particulier, et fut assez longue à cicatriser; enfin l'os fut recouvert, mais de temps à autre du pus s'écoulait par un point resté fistuleux, ou bien un abcès se formait et suppurait plus ou moins longtemps; voulant en finir avec ces accidents sans cesse renaissants, le malade entra à l'hospice de la Charité, où l'opération suivante a été pratiquée. A l'aide d'une incision longitudinale faite à la partie moyenne du moignon, dirigée d'avant en arrière, l'os fut mis à nu à son extrémité et disséqué à sa circonférence dans une longueur d'un pouce et demi, et il fut séparé dans cette étendue avec la scie ordinaire à amputation; on n'eut pas de ligature à faire, mais il coula beaucoup de sang en nappe; la plaie fut pansée comme après une amputation.

Les jours suivants, il y eut une fièvre intense; la réaction fut des plus fortes; on craignit un instant la fièvre purulente. Un érysipèle phlegmoneux donna naissance, sur la partie antérieure de la cuisse, à un abcès qui fut ouvert largement. On comprima sur les côtés; enfin le 4 avril la cicatrisation était complète, sauf un à deux petits points superficiels qui suppuraient encore; il n'y avait plus d'engorgement. Le malade a quitté l'hôpital.

L'os resséqué était noir et fort dur, dans l'étendue de près d'un pouce; il était privé de son périoste et pénétré d'une certaine quantité de pus concret et grisâtre qui avait raréfié son tissu. Il n'y avait pas encore la moindre trace de travail éliminatoire.

Ce fait nous présente d'abord l'exemple d'une lésion traumatique grave, dont l'action profonde s'étendait plus loin sans doute qu'il ne le semblait en apparence; une nécrose consécutive; la longueur du travail d'élimination; il nous indique le procédé opératoire à suivre en pareil cas; les dangers dont l'opération pourrait être suivie. Il aurait été curieux de voir une opération secondaire fort légère en apparence deve-

nir plus grave que l'opération principale, qui est de toutes les amputations dans la continuité celle qui compromet le plus souvent la vie des malades.

— *Cécité congénitale chez neuf enfants.* — Le docteur Pauld de Landau publie, dans un journal allemand, l'histoire curieuse de neuf enfants d'une même famille ayant porté une cécité congénitale. Les faits de cette nature sont rares; cependant plusieurs observateurs, Ware, Adams, Wardrop, Travers, M. Roux, M. Manoir jeune, etc., en ont cité des exemples. Cette cécité congénitale a été observée dans la famille d'un certain Radolph Médian. Lui et sa femme étaient robustes, et n'avaient jamais souffert des yeux; leur vue était encore aussi bonne à l'âge de cinquante ans que dans leur jeunesse. Cependant ils mirent au monde neuf enfants qui tous naquirent aveugles. Les aïeux de ces malheureux avaient tous une bonne vue, si ce n'est le grand-père qui était devenu aveugle à un âge avancé; il a été impossible d'apprendre quelque chose de positif sur la cause et la nature de la cécité de ce dernier. Le père Médian a les cheveux noirs, la mère est blonde; cinq enfants, qui ont les cheveux foncés et l'iris brun, sont affectés d'une amaurose vraie; les quatre autres, qui ont les cheveux blonds et l'iris bleu, également amaurotiques à un plus faible degré, ont une cataracte lactée. Trois de ces aveugles sont des filles, dont deux blondes et une brune; des six garçons, deux sont blonds; les autres ont des cheveux presque noirs. Tous les neuf sont, au reste, très-bien portants et nullement scrofuleux. Deux de ces filles sont régulièrement menstruées depuis l'âge de quinze ans.

— *Nouveaux moxas.* — M. Graéfe, de Berlin, se sert de moxas qui méritent d'être signalés à cause de la simplicité de leur composition et de la facilité de leur emploi. Ces moxas consistent dans des pains à cacheter qu'on trempe dans un mélange de trois parties d'essence de térébenthine et une partie d'éther sulfurique; on a soin; avant d'appliquer cette matière inflammable sur la peau, de bien essuyer le superflu du liquide. Lorsqu'on emploie des morceaux de pain à cacheter, auxquels on donne une forme arbitraire, on fait bien d'y pratiquer quelques trous, afin de rendre la combustion plus uniforme. Ces moxas s'enflamment très-facilement, ne décrépitent point, n'ont pas besoin d'être maintenus en ignition moyennant des soufflets, et se consument avec assez de promptitude pour ne pas causer de fortes inquiétudes aux malades.

Guérison sans amputation d'une plaie grave du coude avec fracture comminutive. — Le malade qui fait le sujet de cette observation est un enfant âgé de sept ans, d'un tempérament lymphatique, d'une assez bonne constitution, couché à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Jobert. Une chaudière de cuivre, d'un poids considérable, en tombant de la hauteur d'une voiture, vint heurter violemment l'articulation huméro-cubitale du côté droit de cet enfant. Les parties molles furent largement coupées, la capsule ouverte, les têtes osseuses mises à nu, et en grande partie détachées; l'extrémité supérieure du cubitus, celle du radius ne tenaient plus au membre que par quelques portions fibreuses et musculaires, la portion inférieure de l'humérus était fracturée, le fragment inférieur, inégalement découpé, faisait une saillie à travers les parties molles; aucun vaisseau considérable n'est ouvert. Il y avait à hésiter entre l'amputation immédiate et l'expectation; M. Jobert, dans le service duquel le petit malade fut placé, le 15 mars 1839, pencha vers ce dernier parti; les rides fibreuses, qui retenaient les esquilles, furent coupées, le fragment inférieur de l'humérus détaché, à l'aide de forts ciseaux on régularisa la section de la portion supérieure; de telle sorte qu'on avait presque en résultat, mais accidentellement survenu, ce qu'on obtiendrait par l'art, dans la résection complète de l'articulation du coude. Le membre fut placé dans la demi-flexion, les lambeaux de partie molle rapprochés, et maintenus à l'aide de deux points de suture. (Catapl. émoll. arrosé de laudanum; diète.) Deux jours après vingt sangsues autour de la plaie pour morceler les accidents inflammatoires. Plus tard, pansement avec la charpie imbibée de décoction de guimauve; brachiluves émollients.) La suppuration fut abondante, mais la plaie fut soigneusement abstergée; les granulations se développèrent dans toute l'étendue de la plaie, et bientôt tout fut recouvert. A l'heure qu'il est, cette vaste déperdition de substance se trouve en grande partie comblée, soit par l'épanchement de lymphe coagulable qui s'est fait au niveau des surfaces divisées, soit par le rapprochement de ces mêmes surfaces, il ne reste plus qu'une plaie superficielle au niveau du coude, longue de quatre à cinq travers de doigt, un peu moins large. Chose remarquable, les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras sont encore possibles, la flexion se fait à l'angle droit, et l'extension presque comme dans l'état normal. Il existe des mouvements de latéralité assez étendue; la flexion, l'extension des doigts n'a rien perdu ni de sa facilité ni de sa force. Il s'est donc établi une nouvelle articulation. L'état général est excellent.

Cette observation est intéressante sous plus d'un rapport; elle démontre d'abord tous les avantages de l'expectation et sous ce rapport

elle est favorable à l'opinion de Boucher, qui écrivit, en 1754, contre la légèreté avec laquelle on pratiquait l'amputation dans beaucoup de cas. Elle fait voir ce que peuvent les ressources de la nature, surtout chez les enfants, où, lorsque les premiers accidents ont été conjurés, lorsque la période à laquelle on redoute le développement du tétanos est passée, on doit craindre peu de chose de la part des phénomènes de suppuration et de résorption.

Le soin d'arroser avec du laudanum liquide de Sydenham des cataplasmes émollients nous paraît, dans des cas de ce genre, fort utile: c'est une pratique que suit souvent M. Jobert, à laquelle il a fréquemment eu recours pour les blessés de mai, et dont il s'est presque toujours bien trouvé.

Influence heureuse d'un état fébrile sur la résorption. — Une femme entra à la Charité dans le mois dernier, portant une affection du genou, qu'il fut bientôt facile de reconnaître pour un épanchement sanguin dans la bourse muqueuse qui recouvre la face intérieure de la rotule, consécutif à une chute sur cette partie. M. Velpeau fit appliquer à plusieurs reprises sur la tumeur des compresses imbibées de la solution vineuse d'hydrochlorate d'ammoniaque (une demi-once pour une livre de vin); ce médicament n'eut pas la moindre action. Des vésicatoires volants amenèrent une diminution sensible dans le volume de la tumeur; toute la partie liquide s'était résorbée, mais il restait encore beaucoup de grumeaux solides dont le nombre et le volume ne semblaient pas diminuer. Sur ces entrefaites, il survint sans cause connue un état fébrile général (chaleur, accélération du pouls, oppression, céphalalgie); ces symptômes durèrent cinq jours environ. Une fois le calme revenu dans la constitution, on vit avec étonnement que l'épanchement était complétement résorbé: il ne restait plus au devant de la rotule la moindre trace de liquide ou de grumeaux sanguins.

Y a-t-il eu dans ce cas révulsion profonde sur quelque organe, dont l'irritation aura détourné à son profit les fluides en circulation et ceux épanchés, ou bien, sous l'influence de l'excitation générale, la force de résorption s'est-elle réveillée dans ce foyer peu vivant? les conduits obstrués par les humeurs sont-ils enfin devenus libres, comme le disaient les anciens? peu importe l'explication. Constatons seulement le fait de l'influence heureuse d'un état fébrile passager sur une affection toute chronique; influence que, du reste, le père de la médecine avait déjà signalée.

VARIÉTÉS.

PRIX DU BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

La commission des prix du *Bulletin*, officiellement convoquée par le rédacteur en chef, a tenu sa première séance le 11 juin. Étaient présents MM. Bally, Bayle, Carron du Villards, Foy, Fuster, Jobert, Malgaigne, Miquel, Requin, Réveillé-Parise, Sandras, Soubeiran. La commission s'est constituée et a nommé pour président M. Bally, et M. Malgaigne pour secrétaire.

Neuf mémoires ont été envoyés pour le concours. La commission en a admis huit et a exclu le neuvième comme n'ayant pas rempli les conditions du programme et n'étant parvenu que le 11 juin. Nous classons ces mémoires d'après l'ordre de leur réception.

Nº 1. Du traitement du choléra par le sulfate de zinc (vitriol blanc, couperose blanche. Épigraphe : *Vidi!* — Nº 2. Mémoire sur l'angine couenneuse épidémique, et sur son traitement. Épig. : *Periculum in morá.* — Nº 3. Mémoire sur la fièvre typhoïde des petites localités. Épig. : *Ars medica tota in observationibus.* — Nº 4. De l'étoupade d'alun et de blanc d'œuf dans le traitement des fractures, et de sa supériorité sur les autres appareils inamovibles. Épig. : *Ars medica tota in observationibus.* — Nº 5. Des perforations urétro, recto et vésico-vaginales, improprement nommées fistules, et de leur traitement par une nouvelle méthode opératoire. Épig. : *Si l'on s'expose à perdre ses peines, ce doit être au moins en s'occupant d'un objet utile, afin que la bonne volonté serve d'excuse et que les efforts infructueux paraissent encore dignes d'estime.* (Lordat.) — Nº 6. De l'importance des indications curatives. Epig. : *Qui benè judicat, benè curat.* — Nº 7. Mémoire sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux, et sur le deutoxide de fer substitué au peroxide comme contre-poison. Épig. : *Quelle est donc la satisfaction d'arracher à la mort l'homme qu'elle allait moissonner!* — Nº 8. Monographie sur la nicotiane, son action sur l'homme malade, et sur son efficacité dans différentes affections morbides. Épig. : *Nullá re homo propius accedit ad Deum quam sanitatem hominibus dando.* — Enfin le mémoire nº 9, qui a été exclu du concours et que l'auteur est prié de faire retirer, porte pour tout titre : Mémoire de thérapeutique médicale. L'épigraphe est : *Qui benè judicat, benè curat.*

Ces mémoires ont été distribués pour une première lecture. La commission s'est ajournée à quinzaine pour entendre les rapports et procéder au classement préparatoire des mémoires.

Système métrique décimal appliqué aux poids usités en médecine et en pharmacie. — Dans la dernière séance de l'Académie, M. Double a fait un rapport demandé par le ministre sur l'application à la médecine et à la pharmacie du nouveau système métrique décimal des poids et mesures. Après avoir montré les efforts successifs et vains des législateurs pour obtenir l'unité du système de différentes sortes de mesures, il fait voir qu'aujourd'hui la médecine seule est restée attachée aux anciens poids, tandis que les nouveaux ont été partout adoptés dans le commerce.

Le lumineux rapport de M. Double devrait être connu de tous les médecins de France ; il aiderait à opérer l'importante réforme dont il est question. Nous publierons ce rapport en entier dans notre prochain numéro; en attendant, voici un double tableau des poids anciens et nouveaux, que M. Double a fait distribuer ; l'on pourra voir que les différences des mesures anciennes et nouvelles sont si minimes que l'administration des médicaments avec les nouvelles formules ne peut offrir aucun inconvénient.

Premier tableau.

POIDS ANCIENS.	VALEUR EXACTE.
Livre...............	1/2 kilogramme moins 1/5 d'once.
Once...............	3 décagrammes plus 11 grains.
Gros...............	4 grammes moins 3 grains.
Grain...............	5 centigrammes plus 1/17 de grain.

Deuxième tableau.

POIDS ANCIENS.	VALEUR TRÈS-RAPPROCHÉE.
Livre...............	1/2 kilogramme ou 500 grammes.
Once...............	3 décagrammes ou 30 grammes.
Gros...............	4 grammes.
Grain...............	5 centigrammes.

C'est à partir du 1er janvier 1840 que les nouveaux poids sont obligatoires.

— Le concours ouvert devant la Faculté de médecine est terminé. M. Trousseau a été nommé à la chaire de matière médicale et de thérapeutique. L'école aura en lui un de ses plus brillants professeurs.

FIN DU SEIZIÈME VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

DU SEIZIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

